Utrecht University Library
Partner in Science
Universiteit Utrecht

# Over migraine, in het bijzonder over hemicrania psychica

https://hdl.handle.net/1874/308662

Does UR 1932 doe

# OVER MIGRAINE, IN HET BIJZONDER OVER HEMICRANIA PSYCHICA

J. J. M. VAN DER DOES DE WILLEBOIS

BIBLIOTHEEK DER
RIJKSUNIVERSITEIT
UTRECHT.

A-gu-192-1932

# OVER MIGRAINE,
## IN HET BIJZONDER OVER HEMICRANIA PSYCHICA

# OVER MIGRAINE, IN HET BIJZONDER OVER HEMICRANIA PSYCHICA

PROEFSCHRIFT

TER VERKRIJGING VAN DEN GRAAD VAN DOCTOR IN DE GENEESKUNDE AAN DE RIJKS-UNIVERSITEIT TE UTRECHT, OP GEZAG VAN DEN RECTOR-MAGNIFICUS Dr. C. G. N. DE VOOYS, HOOGLEERAAR IN DE FACULTEIT DER LETTEREN EN WIJSBEGEERTE, VOLGENS BESLUIT VAN DEN SENAAT DER UNIVERSITEIT TEGEN DE BEDENKINGEN VAN DE FACULTEIT DER GENEESKUNDE TE VERDEDIGEN OP DINSDAG 1 NOVEMBER 1932, DES NAMIDDAGS TE 4 UUR, DOOR

JONKHEER JAN, JOSEPH, MARIE
VAN DER DOES DE WILLEBOIS
GEBOREN TE ARNHEM

KEMINK EN ZOON N.V. — OVER DEN DOM — UTRECHT

BIBLIOTHEEK DER
RIJKSUNIVERSITEIT
UTRECHT.

RIJKSUNIVERSITEIT TE UTRECHT
1758 1368

AAN DE NAGEDACHTENIS VAN MIJN VADER.
AAN MIJNE MOEDER.

Bij het verschijnen van dit proefschrift breng ik U, Hoogleeraren, Oud-Hoogleeraren en Docenten der Geneeskundige en Philosophische Faculteiten der Utrechtsche Universiteit, dank voor het van U ontvangen onderwijs.

In het bijzonder ben ik U, Hooggeleerde B o u m a n, Hooggeachte Promotor, dank verschuldigd voor het voorrecht in Uwe Kliniek werkzaam te mogen zijn. De vrijheid, die Gij mij gelaten hebt in de bewerking van Uw kostbaar materiaal stel ik zeer op prijs. Uwe leerlingen waardeeren de wijze, waarop Gij hen toestaat zich te ontwikkelen, ieder in zijn eigen richting. En zoo is het voor mij een reden tot voortdurende hooge erkentelijkheid, dat Gij mij, door mij de leiding van Uw polikliniek toe te vertrouwen, in staat gesteld hebt om de klinische zijde der neurologie en psychiatrie, de zijde, die zoozeer mijn liefde heeft, dagelijks nader te komen.

Gij, Hooggeleerde W i n k l e r, waart het, die mij deze liefde het eerst hebt bijgebracht; de herinnering aan Uwe boeiende colleges, die door de gesprekken met U nog telkens weer levendig wordt, zal een kostbare schat in mijn leven blijven.

Zeerervaren S i l l e v i s S m i t t, het is mij een vreugde hier te kunnen getuigen van de vriendschap, waartoe onze samenwerking in de kliniek geleid heeft, van Uwe belangstelling en zeer loyale wijze van raad geven, waar Uw raad gevraagd wordt, van de scherpe maar bescheiden critiek, die daarbij nimmer pleegt te ontbreken.

Aan de nagedachtenis van Prof. Dr. A. A. G r ü n b a u m,

wiens leiding mij steeds in dankbare herinnering moge blijven, breng ik hier eerbiedige hulde.

Aan de tegenwoordige assistenten en aan hen, met wie ik vroeger als assistent heb samengewerkt, breng ik oprechten dank, omdat zij bijdroegen tot de uitnemende verstandhouding, die er steeds tusschen ons allen bestond en bestaat.

Tenslotte dank ik allen, die mij op eenigerlei wijze bij het tot stand komen van dit proefschrift behulpzaam zijn geweest.

# INLEIDING.

„Un ami migraineux n'est pas un bienfait du ciel". — Evenmin behooren de migraine-lijders tot de meest welkome bezoekers van de psychiatrisch-neurologische polikliniek. Niettemin verschijnen zij daar in groote getale, en na ieder vrij interval komen zij weer terug, een levend verwijt voor den therapeut en een treffende demonstratie van de negatieve karaktereigenschap, die T h o m a s hun toekende: „La résignation stoïque est rare chez le migraineux". De behandelende medicus kan zich dan zijn taak aangenamer, zij het niet lichter maken, door te trachten, het wezen van het migraine-syndroom te benaderen, en kennis te maken, op zijns ondanks steeds onvolledige wijze, met de vrijwel onoverzienbare litteratuur, die sedert de vroegste eeuwen onzer jaartelling in toenemende mate hierover verschenen is.

Overtuigd, dat de hier gegeven studie geen ernstige belasting van de migraine-litteratuur beteekent, getroffen door de stiefmoederlijke behandeling, die daarin aan de psychische veranderingen bij de migraine, samengevat onder den naam hemicrania psychica, ten deel valt, waag ik het, dit psychische syndroom wat nader te analyseeren en tracht ik daarin de plaats, die aan de migraine-psychosen toekomt, te bepalen.

De hypothesen van de migraine als ziekte-eenheid en de localisatie ervan, waarop mijn overwegingen betreffende de hemicrania psychica gefundeerd zijn, eischten voorafgaande beschouwingen over het patho-physiologisch ge-

beuren, dat zich bij den migraine-lijder afspeelt. Deze voorafgaande beschouwingen raken de voornaamste migrainetheorieën, welke heden ten dage nog bestaansrecht hebben, doch van een algemeen historisch overzicht is daarbij, onder verwijzing naar T h o m a s en F l a t a u, afgezien.

---

## HOOFDSTUK I.

### Algemeene beschouwingen over migraine.

Herediteit. Migraine-constitutie. Toxische theorie. Röntgenonderzoek. Vasomotorische theorie. Mechanische theorie. Centrale theorie. Vegetatieve stoornissen. Oculomotoriusverschijnselen. De hoofdpijn. Optische verschijnselen. De rol van de bloedvaten in het migraineproces.

De naam migraine, die gebruikt wordt voor de aanvalsgewijs optredende hoofdpijnen van een bepaald karakter, gepaard met karakteristieke verschijnselen, die later geanalyseerd zullen worden, een naam die afgeleid is van hemicranie, is niet juist. In een groot aantal gevallen immers, die tot het syndroom der migraine behooren — blijkens de begeleidende symptomen, blijkens de familie-anamnese of blijkens het feit dat dezelfde lijder nu eens duidelijk halfzijdige, dan weer frontaal, occipitaal of in het geheele hoofd gelocaliseerde pijnaanvallen krijgt —, missen wij de halfzijdigheid der pijn gedurende den geheelen aanval of gedurende een gedeelte daarvan. Zelfs geeft Richter aan, dat het begin der pijnen in nek en achterhoofdsstreek typisch is voor de migraine. Ook in ons materiaal, dat is samengesteld uit een 120-tal willekeurig bijeengebrachte gevallen van polikliniekbezoekers over 2 jaar, niet lijdend aan z.g. symptomatische migraine, is het ontbreken van de typisch halfzijdige pijn niet zeldzaam, al blijft de naam hemicranie voor de meerderheid der gevallen wel gerechtvaardigd.

Houden wij ons voorloopig aan het eene kardinaal symptoom van de migraine, de paroxysmaal optredende hoofdpijnen, om later na te gaan welke begeleidende verschijnselen tot het kardinaal syndroom, welke tot de complicaties behooren, dan is dit reeds voldoende om de eenige zekere aetiologische factor, waaromtrent alle schrijvers welke zich in de pathogenie van dit lijden verdiepen, het eens zijn, te bewijzen: dat is de herediteit.

Migraine is een bij uitstek erfelijke — waarschijnlijk dominant erfelijke (L e n z, U l r i c h) — aandoening.

U l r i c h vond in een materiaal van 500 gevallen in ± 89% een gelijksoortige erfelijkheid. M o e b i u s in 90%. In ons materiaal kon een erfelijkheid lang niet voor alle gevallen betrouwbaar worden nagegaan. Waar dat wel mogelijk was, en dat is in 100 gevallen, bleek 76 maal migraine in de ascendentie, terwijl in 11 gevallen de migraine niet in de ascendentie, maar wèl bij broers of zusters kon worden vastgesteld.

Men kan dan ook o.i. met U l r i c h e.a. een migraineconstitutie, een hemicranische diathese aannemen. F l a t a u, getuige zijn groote monographie over de migraine, ongetwijfeld een dergenen die dit onderwerp het best beheerschen, omschrijft dezen aangeboren aanleg als een dispositie tot pathologische neurometabolische processen, een soort neurotoxische diathese.

F l a t a u ontwikkelt deze idee in de eerste plaats uit de beschouwing van de heterologe herediteit, welke volgens hem, in tegenstelling tot M o e b i u s, een grootere rol speelt dan de homologe, — een waarneming, welke ook bij C h a r c o t e.a. ertoe geleid zou hebben om velerlei neurosen, epilepsie, hysterie, migraine, chorea, asthma, neuralgieën en ook psychosen bij de „arthritische familie" in te

lijven —; en in de tweede plaats uit de beschouwing van de begeleidende en interparoxysmale verschijnselen bij de migraine, veelal dezelfde als die welke tot de verschijnselen van atypische jicht gerekend worden. Met name steunt Flatau hier op het werk van Goldscheider en van Ebstein, die als symptomen van viscerale jicht talrijke verschijnselen noemt van den maag-darmtractus, van lever en galwegen, van het circulatie-apparaat (angina pectoris, arteriosklerose), van de urinewegen (nierlijden, urolitiasis), van de ademhalingsorganen (asthma), van het zenuwstelsel (neuralgieën, neurasthenische bezwaren), van de oogen, het gehoorapparaat (vertigo), en ten slotte van de huid.

Zou men het begrip jicht zoo ver uitbreiden, dan is zooals ook uit onze statistiek moge blijken, een nauwe verwantschap van migraine met de gestoorde nucleïne-stofwisseling te aanvaarden. Ten einde echter niet à tort et à travers alle migraine-symptomen tot uitingen van een arthritische diathese te rekenen, en bovendien een invloed te gunnen aan andere stofwisselingsstoornissen (vetzucht, diabetes), wier verwantschap met de migraineconstitutie waarschijnlijk is, zooals ook wij deze herhaaldelijk in ons materiaal meenden te herkennen, verwerpt Flatau het begrip neuro-arthritisme van Charcot en verklaart, in één term den schadelijken invloed weergevende, dien de producten van een gestoorde stofwisseling op het zenuwstelsel kunnen uitoefenen, de migraine tot een syndroom van pathologisch neurometabolisme. Deze zeer elastische toxische theorie van Flatau laat plaats voor alle theorieën welke in den lateren tijd naast die van het arthritisme meer naar voren kwamen: met name die, welke aan verschuivingen van het endocrine evenwicht een directen of intermediairen invloed

toekennen (Hertoghe, Lévi), en ook, zij 't met eenige wijziging, voor de theorie die eerst na Flatau veld won en de hemicranie als verschijnsel van anaphylactischen oorsprong voorstelt. Deze laatste theorie steunt o.m. op de onderzoekingen van Pagniez en Nast, Pasteur Vallery—Radot, Storm van Leeuwen, ook Lubbers e.a., volgens welke het gebleken is dat aan den migraine-aanval soms een crise colloidoclasique (Widal) voorafgaat, en dat anti-anaphylactische behandeling den migraine-aanval soms kan voorkomen; hierop is b.v. de pepton-therapie gebaseerd. Intusschen ziet men zich ook in deze gevallen, om den typischen migraine-aanval zelf te verklaren, vaak gedwongen nog een bijzonderen labielen evenwichtstoestand van het neuro-vegetatieve systeem aan te nemen, waarop o.m. Souques, Santenoise en de Massary met nadruk gewezen hebben, een aanname trouwens, die in 't algemeen als aanvulling van Flatau's theorie o.i. veel waarschijnlijks heeft. Ook dit is een in de constitutie gegeven moment.

Vragen we nu, of dank zij zijn constitutie, de migrainelijder door summatie van een aantal constante eigenschappen een bepaald type vertegenwoordigt, waardoor hij, afgezien van zijn crisen, herkend kan worden, dan kunnen wij op grond van de studie van ons materiaal, deze vraag niet met dezelfde stelligheid bevestigen, waarmee Hahn en Stein dat gemeend hebben te kunnen doen. Hahn en Stein nemen waar, dat het meerendeel hunner migrainepatienten tot het asthenische type behoort in den zin van Kretschmer, breiden het begrip uit over het geheele van het mesenchym stammende apparaat — of liever denken het uit te breiden, want het asthenische type van

Kretschmer is heelemaal niet beperkt tot het skelet en spiersysteem, zooals schrijvers beweren — en leggen in het bijzonder den nadruk op den hart- en vaatstatus (klein hart, smalle aorta, lage bloeddruk e.d.). Ook nemen zij een constitutioneele functiestoring van het vaatsysteem aan, zich kenmerkend door een paradoxe vaatvernauwing als reactie op toxinen, die normaliter vaatverwijdend zouden werken. M.a.w. zou uit het werk van Hahn en Stein volgen, dat daar waar 2 constitutie-kringen (de asthenie en de specifieke functiestoornis van het cardio-vasculaire apparaat) elkander gedeeltelijk dekken, de migraine zou ontstaan. Als min of meer bijkomstige omstandigheden noemen zij algemeen degeneratieve stigmata zooals die ten deele aan de luetische kiembeschadiging worden toegeschreven (anomalieën van het gebit, scapulae scaphoideae) en verder dyshormonie. Het is ons zooals we al zeiden niet gelukt, den migrainelijder als type te herkennen; veeleer hebben wij met Curschmann e.a. de overtuiging gekregen, dat de asthenische habitus lang niet altijd kenmerkend was voor onze hemicranielijders, dat er zich naast typische pyknici ook een groot aantal dysplastische en algemeen degeneratieve typen onder bevonden. Dit doet niets af aan de principieele waarde in de poging van Hahn en Stein om het migraineprobleem als constitutieprobleem op te lossen. Niet zelden viel ons ook de juistheid van hunne waarneming op, dat de migrainelijder vaak een zekere bleekheid en pasteuse huid vertoont, zonder dat er anaemie bestaat, en dat het den indruk maakt of er met de waterhuishouding in het onderhuidsche celweefsel iets niet in orde is. Het lijkt ons dan echter weer niet dwingend noodzakelijk dit als een insufficiëntie van het bindweefsel te duiden, waar het toch immers evenzeer mogelijk is, dat we hier met een uiting van een

algemeene vegetatieve stoornis te doen hebben, zooals wij die, wij komen daar later op terug, bij migrainelijders aannemelijk achten.

Evenals Hahn en Stein, Flatau, Laudenheimer, Lévi en vele anderen, die een bijzondere waarde aan het endocrine systeem hechten in de aetiologie van de migraine, viel ook ons op dat een endocrine dysharmonie frequent voorkomt. Maar niet frequenter dan men bij een materiaal dat voor een belangrijk deel uit dysplastische degeneratieve individuen bestaat, verwachten zou. Wij beschouwen de goede resultaten, die men in sommige gevallen van behandeling met endocrine preparaten (wij zagen maar zelden een strenge indicatie tot een dergelijke therapie) verkregen zou hebben bij de z.g. ovarieele migraine en de migraines thyroïdiennes ('t zij door hypo- 't zij door hyperthyreoidie) niet als een beïnvloeding van de migrainedispositie zelf, maar als een beïnvloeding van de, den migraine aanval in die bepaalde gevallen uitlokkende factoren.

Tenslotte zij hier nog wat betreft de migraineconstitutie vermeld, het verband tusschen deze en de congenitale lues, waarop o.a Flatau, Nonne en Oppenheim gewezen hebben. Hahn en Stein vonden in 65% lues in de ascendentie. Ons overwegend poliklinisch materiaal leende zich niet tot een betrouwbaar onderzoek in deze richting; slechts kunnen wij vermelden, dat wij bij onze niet tot de z.g. symptomatische migraine behoorende gevallen, nimmer een positieve Wa.R. vonden, en dat onder de talrijke stigmata degenerationis die wij aantroffen, die welke in het bijzonder van een hereditaire lues afhankelijk gesteld worden, niet prevaleeren.

Met de vraag naar de rol welke de lues in de aetiologie speelt, houdt nauw verband de theorie volgens welke mi-

graine afhankelijk zou zijn van misvormingen van den schedel, die zoo vaak het gevolg zouden zijn van hereditaire of verkregen lues. Léri, van oordeel dat de schedel „l'os chéri de la syphilis" is, wijst op de talrijke als luetische laesies imponeerende deformaties, die hij bij migrainelijders aan den binnenkant van den schedel vond, 't zij kleine omschreven haarden die tot een opblazing van de diploe leidden met verdwijnen van de tabula int. en ext., 't zij diepergaande ulceraties, 't zij met name hyperostosen. Paulian vindt in talrijke gevallen deformatie van de schedelbasis, vaak in de hypophysaire en perihypophysaire regio: necrosen, verandering van de sella turcica, verdikkingen van de proc. clin. ant. en post.. Schüller wijst eveneens op talrijke hyperostotische en destructieve processen van den schedel van migrainelijders. Poussepp legt den nadruk op het verband tusschen lichte veranderingen van de sella turcica en migraine.

Van 30 gevallen van migraine vonden wij op de schedelphoto 7 maal in 't geheel geen afwijking, in de overige gevallen onregelmatigheden van het schedelskelet (beenverdichtingen, verdiepte impressiones, exostosen, abnormale sella), zooals wij die als niet pathologische, misschien als degeneratiekenteekenen op te vatten veranderingen ook bij normalen niet zelden vinden, en wel bij 23 gevallen 21 maal aan sella turcica en schedelbasis (zie tabel). Bij normalen vonden wij dergelijke veranderingen op de 30 gevallen 17 maal, waaronder 16 maal aan de sella of schedelbasis. [1])

---

[1]) Deze photo's zijn ontleend aan menschen, die wij als gezond kennen, meerendeels verpleegsters en verplegers uit de kliniek, en in wier anamnese niets van migraine of ander constitutioneel lijden bekend is.

## Bilaterale schedelfotos van migraine-lijders.

| | | |
|---|---|---|
| J. B. | Vrouw, 25 jaar. | Spoorvorming aan de sella-rug. |
| J. M.-B. | Vrouw, 29 jaar. | Geen afwijkingen. |
| T. H. | Vrouw, 22 jaar. | Exostose vorming proc. clin. antt. |
| R. K. | Man, 36 jaar. | Onregelmatig verbreede sella-rug. |
| N. M. | Vrouw, 18 jaar. | Geen afwijkingen. |
| M. A. | Vrouw, 49 jaar. | Geen afwijkingen. |
| M. v. W. | Vrouw, 19 jaar. | Overbrugde sella. |
| J. V.-B. | Vrouw, 32 jaar. | Vrij groote sella, rug wat achterover. |
| A. V. | Vrouw, 47 jaar. | Groote sella, rug wat achterover. |
| A. R. | Vrouw, 17 jaar. | Kleine, overbrugde sella. |
| P. M. | Man, 36 jaar. | Groote, ronde sella, met lichte exostose vorming aan de sella-rug. |
| W. U. | Vrouw, 20 jaar. | Geen afwijkingen. |
| C. P. | Vrouw, 18 jaar. | Geen afwijkingen. |
| G. K. | Vrouw, 25 jaar. | Geen afwijkingen. |
| W. H.-O. | Vrouw, 29 jaar. | Exostose vorming van de sella-rug. |
| H. B.-S. | Vrouw, 47 jaar. | Onregelmatig verdikt schedeldak met voornamelijk in het frontale deel sterke exostose vorming, kleine ronde sella. |
| W. S. | Vrouw, 53 jaar. | Flinke exostose-vorming van de proc. clin. postt.; kleine sella. |
| B. B. A. | Vrouw, 33 jaar. | Sella wat naar achteren uitgebocht. |
| J. B. | Man, 17 jaar. | Onregelmatig schedeldak, vrij wijde naden. |
| G. S. | Man, 30 jaar. | Lichte exostose vorming aan de sella-rug. |
| G. v. d. B. | Man, 35 jaar. | Grof gebouwde schedel; wat onregelmatig verdikt schedeldak; onregelmatig verbreede proc. clin. antt. en postt. |
| W. F. | Vrouw, 34 jaar. | Lichte exostose vorming van het frontale schedeldak; kleine, wat onregelmatig gevormde sella met breede rug. |
| J. W. | Man, 29 jaar. | Onregelmatig verbreede sella-rug. |
| H. v. W. | Man, 28 jaar. | Onregelmatig grof-gebouwd schedelskelet; vrij vlakke sella, waarvan de rug wat achterover staat. |
| C. R.-v. D. | Vrouw, 26 jaar. | Lichte exostose vorming aan de proc. clin. postt. |
| C. G. | Man, 46 jaar. | Grofgebouwd schedeldak, vrij sterke vaatteekening. |
| M. v. D. | Vrouw, 25 jaar. | Lichte spoorvorming aan sella-rug. |
| J. d. W. | Man, 36 jaar. | Groote sella; rug wat achterover; exostose proc. clin. postt. |
| E. v. P. | Man, 44 jaar. | Geen afwijkingen. |
| H. D. | Man, 48 jaar. | Kleine schedel, sella-rug wat voorover gebogen. |

## Bilaterale schedelfotos van normalen.

| | | |
|---|---|---|
| F. B. | Man, 31 jaar. | Geen afwijkingen. |
| W. v. L. | Man, 47 jaar. | Kleine sella, met spoorvorming aan de sella-rug. |
| J. B. | Man, 29 jaar. | Sella-rug wat achterover. |
| E. v. d. R. | Man, 46 jaar. | Geen afwijkingen. |
| R. L. | Man, 45 jaar. | Exostose vorming aan de sella-rug. |
| D. B. | Man, 28 jaar. | Geen afwijkingen. |
| M. E. | Vrouw, 22 jaar. | Bijna overbrugde sella, met exostose vorming aan de sella-rug, die wat achterover staat. |
| G. V. | Vrouw, 20 jaar. | Sterke exostose vorming van de proc. clin. antt. |
| A. U. | Vrouw, 28 jaar. | Geen afwijkingen. |
| E. T. | Vrouw, 27 jaar. | Onregelmatige clivus-lijn. |
| C. S. | Vrouw, 26 jaar. | Geen afwijkingen. |
| C. R. | Vrouw, 24 jaar. | Geen afwijkingen. |
| J. K. | Vrouw, 26 jaar. | Onregelmatig gevormde sella met slechts vage projectie van de weinig kalkhoudende sella-rug. |
| T. G. | Vrouw, 27 jaar. | Geen afwijkingen. |
| N. v. d. B. | Vrouw, 22 jaar. | Geen afwijkingen. |
| Z. B. | Vrouw, 24 jaar. | Overbrugde sella met spoorvorming aan de sella-rug, vrij sterke vaatteekening. |
| L. G. | Vrouw, 20 jaar. | Kleine, vrijwel overbrugde sella met exostose vorming aan proc. clin. antt. en postt. en onregelmatig schedeldak. |
| M. H. | Vrouw, 24 jaar. | Groote sella, rug wat achterover. |
| W. v. T. | Man, 60 jaar. | Sterk verbreede sella-rug. |
| v. L. | Man, 38 jaar. | Geen afwijkingen. |
| C. V. | Vrouw, 20 jaar. | Exostose aan de sella-rug en aan de proc. clin. antt. |
| Z. W. | Vrouw, 36 jaar. | Dik schedeldak met frontale exostose vorming. |
| A. T. | Vrouw, 29 jaar. | Exostose vorming proc. clin. antt. postt. Kalkschaduwtjes parietaal geprojecteerd. |
| G. V. | Vrouw, 28 jaar. | Uitgesproken exostose vorming van het schedeldak, voornamelijk frontaal en van de proc. clin. antt. en postt. |
| D. d. N. | Man, 24 jaar. | Geen afwijkingen. |
| M. K. | Vrouw, 26 jaar. | Geen afwijkingen. |
| P. H. | Vrouw, 26 jaar. | Kleine overbrugde sella. |
| P. Y. | Man, 24 jaar. | Geen afwijkingen. |
| T. P. | Vrouw, 25 jaar. | Onregelmatig schedeldak, vlakke onregelmatig gevormde sella met exostose van de proc. clin. antt. |
| L. M. | Vrouw, 18 jaar. | Geen afwijkingen. |

Men is o.i. niet gerechtigd de door gezaghebbende onderzoekers beschreven waarnemingen over veranderingen van het schedelskelet, vooral van de schedelbasis, welke waarnemingen ook door ons onderzoek gedeeltelijk bevestigd zijn, te negeeren. Wel is het moeilijk denkbaar dat een dergelijke constante verandering zonder meer voor een paroxysmaal optredend verschijnsel als de migraine is, verantwoordelijk zou zijn. Hoe men den invloed van een dergelijke verandering, afgezien daarvan dat het een toevallig degeneratieteeken kan zijn, interpreteeren kan, zal later nog ter sprake komen.

Intusschen hebben deze beschouwingen onze aandacht reeds grootendeels afgebracht van het probleem op welken aanleg het migraineproces berust (het constitutieprobleem, de metabolische en anaphylactische theorie) en een schakel gevormd tot de andere problemen, n.l. van welke aard dit proces zelf is, welke physiologisch-anatomische verandering het beteekent, of het gelocaliseerd kan worden en zoo ja, waar.

Het is hier de plaats om, zij 't met voorbijgaan van talrijke andere migraine theorieën (o.a. alle reflex theorieën, myopathische theorieën e.a.), enkele der belangrijkste te noemen die deze problemen betreffen en tot den huidigen dag hun beteekenis niet verloren hebben. Uit den aard der zaak zal blijken, dat deze problemen ten slotte niet alleen staan, maar met het constitutie-probleem samenhangen.

De vasomotorische theorie stamt vnml. van Du Bois Reymond, die op grond van auto-observatie waarbij hem o.m. opviel de gespannen wand van den art. temporalis aan de zijde van de hoofdpijn, bleekheid van het gezicht, mydriasis, enophthalmus, een tetanus van de vaatspieren van één hoofdhelft aanneemt, afhankelijk van teta-

nus van de halssympathicus. Tegenover deze hemicrania sympathicotonica stelde Möllendorf, op grond van de tegengestelde verschijnselen, die hij bij migraine waarnam, de theorie op van de halssympathicus verlamming. De theorieën van de hemicrania sympathicotonica en hemicrania sympathicoparalytica, de migraine blanche en migraine rouge (Eulenburg e.a.), zijn niet ongehavend uit den strijd gekomen, maar niettemin worden met name de angiospasmen, zooal niet als een oorzakelijke, dan toch als een belangrijke factor in het migraineproces aanvaard. Intusschen dient er op gewezen, dat deze vaatspasmen niet alleen van sympathischen invloed afhankelijk behoeven te zijn, maar ook door chemische inwerking op den vaatwand zelf kunnen ontstaan. En dit is van belang voor spasmen, die de niet van vasomotorische innervatie voorziene arteriën van het hersenparenchym betreffen, zooals Bremer en Coppez die beschrijven.

Met Döllken e.a. kan men de zuivere vaatkramphypothese als te eenzijdig verwerpen. Ofschoon in een groot aantal gevallen de bleekheid en vaak gecontraheerde temporaalarterie de eenig aantoonbare begeleiding van den hoofdpijnaanval is, dient men de zoo vele malen bij een aanval optredende exsudaties in het organisme als een niet te verwaarloozen onderdeel van de migraine in het oog te vatten. De theorie, die in Quincke haar belangrijken voorvechter vond en volgens welke vele migraine-aanvallen kunnen worden opgevat als gevolg van vluchtige sereuse cerebrale exsudaten, als een angioneurotische hydrocephalus, heeft dan ook bij talrijke onderzoekers aanhang gevonden, zooals Flatau, L. R. Müller, Strümpell (die de migraine tot de exsudatieve diathesen rekent) e.a. Een andere theorie die eveneens de migraine voorstelt als

een verhoogde plaatselijke vochtsecretie, n.l. door liquorophooping in een der zijventrikels, is de bekende mechanische theorie van Spitzer. Deze neemt aan een door ontstekingsweefsel verdikte en verharde rand van het foramen Monroi, t.g. waarvan een, door toevallige hyperaemie van den plexus chorioideus, in den zijventrikel vermeerderde hoeveelheid ventrikelliquor niet gemakkelijk door het foramen zou kunnen afvloeien; door druk op de wanden zou nu de veneuse afvloed in den plexus belemmerd en een passieve hyperaemie met opvolgende liquortranssudatie en wederom verhooging van den plaatselijken druk veroorzaakt worden. Deze drukverhooging zou zich naar de periferie van de hemispheer uitbreiden (elastische tegenkrachten zouden de algemeene drukverhooging verhinderen) en ten slotte de dura tot spanning brengen.

Deze theorie, die de migrainepijnen analoog stelt aan andere door tumoren of hydrocephalus veroorzaakte pijnen bij intracranieele drukverhooging, vormt een overgang tot de z.g centrale theorieën, welke de primaire oorzaak van den migraineaanval in de hersensubstantie zelf zoeken.

Van deze dient o.a. genoemd de theorie van Deyl. Deze, getroffen door gevallen van hypophysetumoren welke onder het beeld van migraine verliepen, stelde de hypothese op van de periodische zwelling van de vaak asymmetrisch liggende en de carotis rakende hypophyse (waarvan de laterale gedeelten een caverneuse bouw vertoonen), door welke zwelling de carotis interna gedrukt zou kunnen worden en de ramus ophthalmicus van den N. trigeminus, die in de laterale wand van den sinus cavernosus verloopt, in 't gedrang zou kunnen komen. Deze trigeminus pijn zou de migraine zijn.

Deze theorie is op zeer ingenieuze wijze door Plavec uitgewerkt voor de ophthalmoplegische migraine, waarbij hij

aanneemt dat door een soortgelijke asymmetrisch zich uitbreidende druk t.g.v. de gezwollen hypophyse, het boven den sinus cavernosus zich bevindende duragewelf gespannen wordt en nu de N. oculomotorius, die door een trechtervormige opening in het gewelf loopt, geklemd wordt. De bij secties van ophthalmoplegische migraine gevonden goedaardige tumortjes van den oculomotorius ter hoogte van zijn uittreeplaats uit de schedelholte, beschouwt P l a v e c niet als aangeboren, maar als reactie op een chronische prikkeling en voert aldus deze vondsten aan als steun voor zijn theorie. De pijn verklaart P l a v e c niet door druk op de eerste trigeminustak, maar als sympatische pijn door druk op den plexus cavernosus.

Evenals D e y l hebben vele onderzoekers de pijn bij de migraine opgevat als een soort trigeminusneuralgie. Zoo hebben dan o.m. K o v a l e v s k y, C o r n u, en L é v i, teneinde tevens een verklaring te geven voor talrijke den aanval begeleidende verschijnselen, die als prikkelingsverschijnselen van de bulbus- of van de ponshersenen imponeerden, een bulbo-pontine localisatie van de hemicranie aangenomen in het gebied van de trigeminus kern. L é v i heeft zelfs de hypothese van een migrainecentrum opgesteld. Tenslotte zij als een der belangrijkste vertegenwoordigers van de centrale theorie M o e b i u s vermeld, die het wezen van de migraine een prikkelingsproces van de grootehersen-schors noemde, M o e b i u s, de groote tegenstander van de theorie der vaatinnervatiestoornis als primum movens.

Het is vooral de aura, die M o e b i u s tot deze opvatting leidde; de aura waarvan hij meende, dat zij zelf het eigenlijke migraine-proces zou kunnen zijn, een corticaal proces, dat een hyperaemie en zwelling zou kunnen te voorschijn

roepen, waaraan de boven de plaats van de aura zich bevindende meningen zouden kunnen deelnemen. De na de aura optredende hoofdpijnen zouden dan door dit overspringen van het prikkelingsproces op de meningen slechts een gevolg van de aura zijn.

Wil men te midden van de tallooze migrainetheorieën aan de mogelijkheid van een bevredigende oplossing van het hemicranieprobleem niet wanhopen, dan is het aan te bevelen nog eens nauwkeurig na te gaan wat eigenlijk tot het kernsyndroom van de migraine behoort.

Een bekend feit, ons door auto-observatie van de vulgaire migraine en door mededeelingen van patiënten bevestigd, is dit, dat alle de zoo bekende, individueel wisselende, gelegenheidsoorzaken van een migraine aanval (oververmoeienis, slaapstoornissen, intoxicaties, met name nicotine en alcohol, enz. enz.) niet in staat zijn een aanval uit te lokken, wanneer het organisme als het ware niet rijp is voor een aanval. Met een noodlottige wetmatigheid kan men de veranderingen waarnemen, die het organisme tot een aanval disponeeren, welke dan al of niet door een gelegenheidsoorzaak wordt uitgelokt. Het zijn lichte veranderingen in het algemeen welbevinden (in positieven of negatieven zin), lichte endogene schommelingen in het stemmingsleven (in positieven of negatieven zin), stoornissen vooral in de slaapregulatie en talrijke andere vegetatieve stoornissen, die niet zelden de voorboden van een naderenden aanval vormen. Zij kunnen culmineeren tijdens de pijnperioden, maar zij gaan er ook aan vooraf en zij zijn er ook de nasleep van. Maar zijn zij niet de migraine zelve?

Noemen we als enkele van de voornaamste der hier bedoelde vegetatieve stoornissen, zooals we die in de meest wisselende combinaties bij onze patiënten aantroffen, o.a.:

een gevoel van huiveringwekkende koude; kippenvel; zweetuitbarstingen; hittegevoel; dwanggapen; algemeene moeheid; mictiestoornissen; urineveranderingen; zeer verschillende angioneurotische verschijnselen en Quincke's oedeem; pupil- en lidspleetveranderingen; speekselsecretie; tranen van de oogen; libido veranderingen, niet zelden in den zin van verhoogde libido, soms ook met neiging tot perversiteiten, zooals bijv. in een geval van L. Bouman (mondelinge mededeeling) waarbij aan den hoofdpijnaanval voorafging een hypomaan stadium met homosexueele neigingen, bij een patiënt die overigens niets van deze verschijnselen vertoonde (deze gevallen zijn vergelijkbaar met de sexueele perversiteiten, die bij postencephalitische toestanden kunnen optreden); verder gebrek aan eetlust, of hongeraanvallen; dorst; stoornissen in de regulatie van de lichaamstemperatuur, zooals dat met name bij kinderen gemakkelijk kan voorkomen en zooals we dat bij 2 patiënten tijdens aanvallen van kindermigraine konden waarnemen (zie ook Determann's geval van migraine ophthalmique met schemertoestanden en temperatuur tot 40°); stoornissen in het basaal metabolisme (zie geval no. 40 dat op blz. 52 nader besproken zal worden); snoepzucht. In het bijzonder zij hier de nadruk gelegd op de slaapregulatiestoornissen, die als slapeloosheid, slaapzucht, veranderde slaap en pathologische slaapdissociatie kunnen optreden. Niet zelden kan de migrainelijder zijn aanval voelen aankomen, doordat hij tevoren ongewoon diep of ongewoon licht slaapt (ook zijn in dit verband te noemen de „rêves précurseurs", waarvan Féré en Cornu melding maken, en die ook wij bij ons materiaal aantroffen); veelvuldig is tijdens het stadium van de hoofdpijn de aanval gekenmerkt door

uitgesproken slaapzucht, niet zeldzamer dan de terminale slaap, die zoo'n algemeene bekendheid heeft.

Er is een andere groep van verschijnselen, die naar onze meening een voor het inzicht in de migraine niet minder belangrijke plaats in het ziekteproces inneemt en dat zijn de oculomotorius-symptomen.

De migraine ophthalmoplégique neemt een aparte plaats in de migraine in, en dat is in zooverre terecht, dat men met deze diagnose altijd uiterst voorzichtig moet zijn en steeds in de eerste plaats verdacht op basaal meningitische processen en tumoren aan de hersenbasis. Maar er bestaat naar onze overtuiging zeker een migraine ophthalmoplégique die tot de echte migraine hoort, wat men van dezen vorm met hetzelfde recht mag verdedigen als van bijv. de migraine ophthalmique, waar men zich beroept op de ongecompliceerde vulgaire migraine aanvallen, die deze lijders veelal naast de bijzondere vormen vertoonen. Bovendien kan men allerlei overgangen vinden van echte migrainegevallen gepaard met geringe oculomotorius veranderingen, tot die met uitgesproken, soms complete ophthalmoplegie, en wij hebben bij ons onderzoek de overtuiging verkregen dat een lichte ophthalmoplegie veel vaker bij de hemicranie optreedt dan men gewoonlijk aanneemt. Het is moeilijk te beoordeelen in hoeverre de gevallen met alleen ptosis hieronder te rekenen vallen, omdat ze ook tot de sympathische ophthalmoplegie (Marburg) kunnen behooren. Weliswaar missen we dan niet zelden de miosis en enophthalmus, die bij een sympathische ophthalmoplegie te verwachten zouden zijn. We zien integendeel niet zelden ptosis en mydriasis optreden. Ook is het wel zeer opvallend, dat de spontane klacht over het zwaar neerhangen van één ooglid, vaak van beide oogleden, onafhankelijk van lichtschuwheid, — een subjec-

tieve klacht, die men niet bij de lijders aan sympathicus aandoeningen, wèl bij oculomotoriuslaesie's hoort —, naast die over slaapregulatiestoornissen, tot de zeer veelvuldige aangiften van den hemicranielijder behoort. Onwillekeurig gaat men een analogie vermoeden met andere ziekteprocessen, waarbij de combinatie slaapstoornis en ptosis veelal de topische diagnostiek bepaalt. Sterker wordt deze analogie wanneer men ziet hoe bij onze 120 gevallen 20 maal voorbijgaand dubbelzien in samenhang met den aanval is gevonden. Deze gevallen, al of niet met meer volledige oculomotorius-verlammingsverschijnselen gecombineerd, zijn hieronder in het kort vermeld:

I.

D. K. 41 j. (Tabel [1]) No. 5). Gezond, behoudens migraine aanvallen om de circa 3 weken, sinds zijn 20ste jaar. De moeder lijdt aan migraine, een broer van de moeder en twee broers van den vader lijden aan asthma.

De hoofdpijnen worden gelocaliseerd boven de oogen, niet eenzijdig. Hij voelt het te voren aankomen doordat zijn gezicht rood wordt, branderig heet, zweetuitbarstingen en een gevoel van benauwdheid optreden. Daarna ziet hij allerlei driehoekjes voor de oogen en ten slotte *ziet hij alles dubbel.* Heeft dit dubbelzien een half uur bestaan, dan volgt zware hoofdpijn, die een halve dag aanhoudt, en gevolgd wordt door een paar dagen van zich niet goed voelen, sufheid. Tijdens den migraineaanval treden slaapzucht, gaapaanvallen, sufheid, lusteloosheid, verdriet op.

Reeds eenige dagen voor den aanval bestaat een gevoel

---

[1]) Voor tabel zie pag. 105.

van neusverkoudheid door zwelling van het slijmvlies. Ook treden in die dagen „rêves précurseurs" op.

Bij neurologisch onderzoek werden nimmer afwijkingen gevonden behoudens anisocorie (l > r) en ptosis links.

**II.**

N. W. (Tabel No. 28) een ongehuwde vrouw van 32 jaar, algemeen nerveus uit gezonde familie; alleen een zuster van de moeder heeft periodieke heftige hoofdpijnaanvallen met algemeen ziek zijn; een zoon van deze tante van patiente lijdt aan asthma.

Patiente komt op de polikliniek wegens reeds sinds langen tijd optredende aanvallen van hoofdpijn, gelocaliseerd boven de oogen, niet eenzijdig, gepaard met lichtschuwheid en met onzettende lusteloosheid; geen braken. Wanneer de hoofdpijn heel heftig wordt *ziet ze alle dingen twee maal* (naast elkaar). Bij het afzakken van den aanval veel vochtafscheiding uit de neus.

Patiente heeft een asthenischen, wat infantielen habitus; sterke dermographie; haaruitval; glandula thyreoidea wat groot; tensie 120/65.

**III.**

J. V.—B. (Tabel No. 36) vrouw van 34 jaar. De moeder leed aan migraine. Dit geval, gekenmerkt door migraine-aanvallen, nu en dan gepaard met linkszijdige, complete oculomotorius-verlamming, en soms met ernstige depressie, vindt later uitvoerige vermelding (zie blz. 60).

**IV.**

N. V. (Tabel No. 33.) Meisje van 21 jaar. De familie-anamnese is onvoldoende bekend. Patiente lijdt sinds de

jeugd aan eenzijdige hoofdpijnaanvallen, circa éénmaal in de 3 maanden, gepaard met braken, en waarbij bovendien het rechter oog geheel of gedeeltelijk dicht valt en dubbel zien optreedt; eenige malen werd bij deze patiente een *tijdens* den migraine-aanval optredende complete oculomotorius verlamming waargenomen. Overigens werden bij haar, behoudens een asthenische habitus en eenige algemeene degeneratie kenmerken (sternum distaal sterk ingezonken, anisomastie), geen somatische afwijkingen gevonden.

**V.**

H..H. Man, 41 jaar (Tabel No. 39). Moeder en grootmoeder leden aan migraine. Patient kwam op de polikliniek wegens duizelingen, waardoor hij eenige malen was neergevallen. Verder hoofdpijnen, angstbuien, dwanggedachten, af en toe *dubbelzien*. De otoloog vond geen afwijkingen. Later bleek, dat de klachten als migraine op te vatten waren. De hoofdpijnen namen meer en meer een uitgesproken migrainekarakter aan, waren meestal éénzijdig, gepaard met zéér gedrukte stemming, slaapzucht, duizeligheid, braken. Toen de hoofdpijnen door de ingestelde therapie bedwongen waren, traden nog angstbuien met geluidsvrees, slapeloosheid en prikkelbaarheid op.

**VI.**

T. A. Man, 36 jaar (Tabel No. 43) wiens zuster aanvallen van „schele hoofdpijn" heeft, klaagt tijdens zijn migraine-aanvallen, gepaard met pijn links in het voorhoofd, duizeligheid en slaapstoornis, over voorbijgaand *dubbelzien*.

**VII.**

T. v. S. (Tabel No. 44). Vrouw, 35 jaar ongehuwd.

De moeder, zuster van de moeder en een zuster van pa-

tiente lijden aan migraine; de moeder van de moeder had toevallen, de vader van patiente is potator. Patiente lijdt aan migraine-aanvallen met Quincke's oedeem en soms *dubbelzien*. Nadere bijzonderheden vindt men vermeld op blz. 63.

Neurologische afwijkingen werden niet gevonden.

**VIII.**

P. v. M. (Tabel No. 45). Man, 47 jaar. Twee zusters van patient lijden aan migraine, één broer is invalide door rheuma. Patient is een nerveuze man met veel neurasthenische klachten. Hij lijdt sinds 18 jaar aan migraine-aanvallen, gepaard met bleek worden, dwanggapen, ongemotiveerde gedruktheid, huilbuien. Sinds 7 jaar worden de hoofdpijnen voorafgegaan door *dubbelzien*.

Neurologische afwijkingen werden niet gevonden.

**IX.**

J. v. K.—M. (Tabel No. 47). Vrouw van 48 jaar. Over de familie kunnen niet voldoende gegevens verzameld worden. Patiente zou geen bijzondere ziektes hebben doorgemaakt, maar nooit sterk geweest zijn; het laatste jaar beginnen de menses ongeregeld op te treden. Sedert een aantal jaren klaagt patiente over ééns in de 2 weken optredende aanvallen van overwegend rechtszijdige hoofdpijn, voorafgegaan door zwaar slapen en onrustig droomen, en gepaard met afwisselend rood en bleek worden, lichtschuwheid, zweetuitbarstingen, sufheid, galbraken, lichte slaapzucht en *dubbelzien*.

**X.**

W. R.(Tabel No. 49). Jongen van 8 jaar. De moeder leed

vroeger aan aanvallen van „schele hoofdpijn" met braken; haar moeder had veel hoofdpijnen; de vader van patient had tot zijn 10de jaar „stuipen", heeft veel hoofdpijn; een achternicht van moederszijde heeft toevallen.

Patient, een opgewonden driftige jongen, die vroeger pavor nocturnus vertoonde en die vaak praatte in den slaap, heeft sinds zijn tweede jaar, eenmaal in de maand aanvalsgewijze optredende éénzijdige hoofdpijnen gepaard met ontstemming, braken, *dubbelzien*. Vroeger trad tijdens zoo'n aanval een kortdurende bewusteloosheid op, zonder convulsies, zonder incontinentie.

Geen somatische afwijkingen.

**XI.**

J. J. W. (Tabel No. 71). Man van 29 jaar. De vader lijdt aan een psychose, ingeleid door uitzonderingstoestanden; ook een broer van patient is gestichtspatient, een andere broer heeft hoofdpijnaanvallen en buien van zwaarmoedigheid. De geschiedenis van deze patient, wiens migraine aanvallen, ingeleid door zwaarmoedigheid, onder meer gekenmerkt zijn door *dubbelzien* en episodische psychose, wordt later uitvoeriger vermeld, (zie blz. 74).

**XII.**

G. V. (Tabel No. 75). Man van 38 jaar. Heeft sinds vele jaren aanvallen van heftige pijn boven in het hoofd, waarbij hij naar bed moet; aanval eindigt met slaap. Vooraf gaat *dubbelzien*, een gevoel van spiertrekkingen en een slapend gevoel in den rechter arm; bovendien een dagenlange onbehagelijkheid, lichte angst en zwaarte van de oogleden.

Neurologische afwijkingen werden niet gevonden.

XIII.

J. B. (Tabel No. 84). Vrouw van 25 jaar, ongehuwd. De moeder lijdt aan lichte migraine, de vader heeft maagbloedingen gehad, zijn broer heeft diabetes; overigens komen in de familie geen bijzonderheden voor.

Patiente was altijd gezond, maar heeft sinds eenige jaren éénmaal in de week een aanval van hoofdpijn, meestal rechts, gepaard met algemeen ziekte-gevoel, braken, groote lusteloosheid, gaapaanvallen, bleekzien, neiging tot dichtvallen van het rechter oog, en niet zelden *dubbelzien*. Voorafgaan vaak prikkelingen in het rechter been.

Bij patiente werden waargenomen een hoog, smal verhemelte, vasomotorische stoornissen aan de extremiteiten, anisomastie; verder een lichte ptosis rechts en kort na een aanval een lichte internus parese rechts; pupillen gelijk; bloeddruk 115/80.

XIV.

G. K. (Tabel No. 85). Vrouw van 25 jaar, ongehuwd. De vader is rheumatisch, leed in vroeger jaren aan heftige hoofdpijnaanvallen met misselijkheid, vier broers en twee zusters van den vader hebben dezelfde klachten; van de 13 broers en zusters van patiente lijdt één zuster aan migraine, terwijl 3 broers en 2 zusters aanvalsgewijze optredende jeukende zwellingen van de huid vertoonen.

Patiente zelf is altijd gezond geweest, maar heeft sinds haar 15de jaar (menarche) aanvallen van meest linkszijdige hoofdpijn, welke aanvallen drie tot vier dagen duren en gekenmerkt zijn door uitgesproken onbehagen, waarbij patiente nergens meer moed voor heeft; zij slaapt die dagen slecht, maar kan de oogen toch niet goed open houden en wanneer de hoofdpijn verergert, *ziet zij dubbel.*

Neurologische afwijkingen werden niet gevonden, behoudens lichte facialis-asymmetrie, (ten nadeele van de rechter mondtak), vasomotorische stoornissen aan de handen en hypotensie (105/55). Zij heeft een asthenische habitus.

**XV.**

J. G.—W. (Tabel No. 88). Vrouw van 29 jaar. De moeder en een zuster van de moeder leden aan migraine, één zuster lijdt aan ischias en veel hoofdpijn, een andere zuster zou toevallen hebben gehad met tongbeet. Patiente heeft sinds haar jeugd, in de latere jaren in toenemende mate, aanvallen van overwegend linkszijdige hoofdpijnen, die soms een dag, soms weken duren (status hemicranicus) gepaard gaan met hevige onlust, gaapaanvallen, vaak slaapzucht, urineeren in groote hoeveelheden, zwelling boven het linkeroog, en ten slotte dikwijls duizeligheid en *dubbelzien.*

Somatische afwijkingen werden niet gevonden, behoudens lichte vergrooting van de glandula thyreoidea en afwezigheid van de achillespees-reflexen.

**XVI.**

W. U. (Tabel No. 100). Meisje van 20 jaar. De moeder lijdt aan migraine evenals één zuster van de moeder; de vader is kwartaal-drinker.

Sinds circa 5 jaar treden heftige, veelal linkszijdige hoofdpijnaanvallen op, voorafgegaan door een oogenblik niets kunnen zien, daarna bewegende zwarte plekken zien, veelal aan de linkerkant, dan gekleurde kringen en zig-zag figuren; bovendien vaak tintelen van de vingers in de linkerhand, een tintelend gevoel, dat als een armband omhoog trekt, naar de linkerhelft van het gezicht, van het tandvleesch, de tong en de keel, wat dan overgaat in de linkszijdige hoofdpijnen.

Soms zouden er kleine schokjes in de linkerhand optreden. Duur van hoofdpijn met braken: één dag. Reeds tevoren is haar stemming slecht en slaapt zij onrustig. Tijdens de aanval is zij ontstemd, heeft huilbuien, is suf; éénmaal kende zij de menschen thuis niet goed meer, en wist later niet precies meer, wat er dien dag gebeurd was. Tijdens den aanval vallen de oogleden haast dicht, vooral het linker, alsof zij slaap heeft, maar zij heeft geen slaap; niet zelden heeft zij daarbij *dubbelzien*.

Bij herhaalde poliklinische en ook bij klinische observatie werden geen andere afwijkingen gevonden dan eenige malen anisocorie (links > rechts), verder een links wat lager hangende verhemelteboog en bij staan soms een neiging tot achterovervallen. Herhaalde lumbale puncties tijdens een aanval, vergeleken met punctie in aanvalsvrijen tijd brachten geen verschillen aan den dag, met name niet wat betreft de druk (7—8 m.M. kwik).

Aangezien patiente aangeeft, dat een aanval o.a. door chocolade is uit te lokken, gaven wij haar een morgen, na bepaling van het leucocyten-aantal nuchter, een ontbijt van twee en een half ons chocolade, doch zagen geen „crise hémoclasique" in den zin van W i d a l optreden, als aanwijzing voor een anaphylactische shock.

**XVII.**

J. S.—R. (Tabel No. 105). Vrouw van 30 jaar. De vader en een zuster van patiente lijden aan migraine. Patiente lijdt sinds eenige jaren aan hoofdpijnaanvallen met misselijkheid; de pijn is veelal boven het linker oog gelocaliseerd, dikwijls ook in de geheele linker gelaatshelft; verder treden duizeligheid en voorbijgaand *dubbelzien* op; de aanvallen zijn ge-

kenmerkt door humeurigheid, zouden bij voorkeur optreden na gebruik van ei of chocolade.

Waargenomen worden: lichte parese van de musculus internus van het rechteroog: de linker oogspleet is nauwer dan de rechter; anisocorie (links > rechts); facialis asymmetrie ten nadeele van de rechter mondtak; adipositas.

**XVIII.**

G. R.v. D.(Tabel No. 108). Vrouw van 25 jaar. De vader leed aan hoofdpijnen (migraine?), een zuster aan migraine. Patiente lijdt sinds haar 16de jaar aan aanvalsgewijze optredende hoofdpijnen,vaak eenzijdig, gepaard met misselijkheid, prikkelbaarheid, en sinds eenige jaren met neiging tot dichtvallen van het rechter oog, soms met voorbijgaand *dubbelzien*.

Patiente is overigens gezond, heeft alleen een paar maal een voorbijgaand oedeem van een lip gehad.

Bij herhaald poliklinisch onderzoek werden, behalve een asthenische habitus, waargenomen een ptosis rechts, soms heel sterk, soms licht, en nu en dan mydriasis rechts. Niet iedere migraine-aanval bleek met oogspier-verlamming gepaard te gaan.

**XIX.**

A. H.(Tabel No. 102). Vrouw van 34 jaar, ongehuwd. De moeder heeft diabetes gehad, was rheumatisch, had ischias; een zuster van de moeder leed aan asthma; een broer van patiente heeft aanvallen van „schele hoofdpijn", evenals een zuster van patiente. Bij patiente zelf bestaan sinds anderhalf jaar in aansluiting aan een griep aanvallen van hoofdpijn voornamelijk in het achterhoofd, overwegend links, gepaard met prikkelbaarheid, braken en *dubbelzien;* bovendien tre-

den periodiek trigeminus-neuralgien op links. Er bestaan sterke slaapregulatiestoornissen en dysmenorrhoe. Patiente, die een asthenische constitutie heeft en als wijkverpleegster een voor haar te druk leven leidt, is na de bovenvermelde griep, die haar sterk aangreep, eigenlijk steeds in minder goede conditie gebleven.

Het neurologisch onderzoek bracht geen pathologische bijzonderheden aan het licht.

**XX.**

C.—H. Tabel No. 89), gehuwde vrouw van 35 jaar. Een zuster lijdt aan migraine; de vader, die veel aan migraineachtige hoofdpijn leed, maakte een tijd door van „zenuwoverspanning", gekenmerkt door tobben over godsdienstige moeilijkheden.

Patiente leed reeds vroeger aan hoofdpijnen, die vooral na alcohol en chocolade optraden. Na een oudejaarsfeestje, waarbij ze wat warmen wijn dronk, is een serie van heftige migraine-aanvallen opgetreden, voorafgegaan door flikkeren voor de oogen, soms een oogenblik niets kunnen zien. In het begin van den aanval trad soms *dubbelzien* op.

Verder was de tijd, waarin veel migraine-aanvallen optraden, gekenmerkt door groote moeite om zich te uiten, langdradigheid en omslachtigheid van haar verhalen, prikkelbaarheid en, vooral tijdens de aanvallen optredende, dwanggedachten en angstvoorstellingen. Na behandeling van de migraine weken deze psychische veranderingen.

Zijn er in ons materiaal nog talrijke gevallen, waarbij lichte oculomotorius-verlammingen in samenhang met de migraine-aanvallen hoogstwaarschijnlijk bleken, terwijl bij nog eenige andere gevallen het causaal verband van de mi-

graine met in de anamnese vermeld voorbijgaan dubbelzien, niet met algeheele zekerheid kon worden vastgesteld, de hier gegeven serie voorbeelden moge volstaan om te demonstreeren, dat men niet ten onrechte de migraine als „schele hoofdpijn" pleegt te betitelen.

Vanwaar deze relatieve voorkeur in de migraine voor den oculomotorius?

Die gevallen, die onder het beeld van een recidiveerende complete ophthalmoplegie verloopen, blijven altijd verdacht voor laesie's van den zenuwstam (fibrochondromen, neurofibromen, zooals in de gevallen van Thomsen—Richter en van Karplus). Maar het zijn juist de abortieve gevallen met partieele verlammingen, 't zij van intern, 't zij van extern ophthalmoplegischen aard, die de vulgaire migraine het meest benaderen, welke het leerzaamst zijn voor de studie der hemicranie, en die men ook des te meer bij de gewone migraine vindt, naarmate men er meer naar zoekt. En in deze gevallen heeft men met groote waarschijnlijkheid een aandoening van de kernen aan te nemen. Wil men Hugo Richter niet zonder meer volgen waar hij op grond van talrijke migrainegevallen, niet alleen op oculomotoriuskern-aandoening, maar ook op kernlaesie's van andere hersenzenuwen wijzend, de geheele migraine als een angiospasme in het vaatsysteem van de a. vertebralis verklaart, omdat men daarin het gewrongene voelt van de aanname eener hereditaire spasme in enkele bepaalde vaten, dan is de veronderstelling van een minderwaardigen kernaanleg o.i. een welkome hypothese. Zoo is in het bekende geval van migraine, met incomplete ophthalmoplegie, dat door Cornelia de Lange beschreven werd en waarvan de sectie uitwees, dat er naast vaatwoekering in

het gebied der oculomotorius kernen, hypoplasie bestond ook van kerndeelen die geen vaatwoekering toonden, de hypothese van een abiotrophie in den zin van Gowers vruchtbaar gebleken.

Alvorens nu, naar analogie hiervan, de idee van den aangeboren minderwaardigen aanleg van bepaalde gebieden, nader voor de geheele migraine uit te werken, willen we nog een oogenblik onze aandacht bepalen op enkele verschijselen, die met meer zekerheid tot het kernsyndroom van de migraine behooren dan men, voorloopig althans, voor de lichte ophthalmoplegie gerechtigd is aan te nemen.

Wat de hoofdpijn bij den migraineaanval betreft, komt het ons voor, dat de vasomotorische theorie, die zoo'n steun heeft gekregen door het werk van Pal over de vaatcrisen, hier ter verklaring vruchtbaar kan zijn. Naar analogie van andere gevallen, waarbij men de overtuiging krijgt dat een werkelijke vaatpijn aannemelijk is, achten wij het in 't geheel niet onwaarschijnlijk dat de acuut optredende voorbijgaande hoofdpijn van angiospasme afhankelijk is. Bovendien zij er op gewezen, dat de pijn dikwijls optreedt in dat stadium van den aanval waarin we ook niet zelden in staat zijn objectief waar te nemen dat er in het lichaam angiospastische of in 't algemeen angioneurotische processen in gang zijn (bleekheid, koude van het heele lichaam, of koude en cyanose van extremiteiten, Quincke's oedeem). De hoofdpijn zou een voor de migraine kenmerkend karakter hebben, wordt als kloppende, snijdende pijn beschreven, een gevoel alsof de schedel uit elkaar zal barsten. Het is zelfs zóó, dat Flatau alleen op grond van het karakter van de pijn, twijfelt aan de zetel hiervan in den vaatwand, omdat hij meent dat daar waar vaatprocessen, bijv. arteriosklerose, cephalea veroor-

zaken, deze meer als stekende, borende, zeer kortdurende pijn wordt aangegeven. Het is o.i. ondoenlijk om te differentieeren op grond van een subjectieve aangifte van snijdende of van borende pijn. Wij hebben op de polikliniek door allerlei adjectiva den aard der migraine-hoofdpijn hooren omschrijven; zij het ook dat wij een analogie met de typische pijnen als van een trigeminus neuralgie, waarmee sommige schrijvers de migraine willen verklaren, nimmer konden trekken. Wel moet men F l a t a u e.a. toegeven, dat gezien de migraineachtige hoofdpijn die men o.a. bij tumoren vaak vindt, in vele gevallen van migraine een overeenkomst met drukverhoogende processen zich opdringt. Weliswaar wordt in vele migraine gevallen bij lumbale punctie geen drukverhooging gevonden, maar dat is voor de aanhangers van Q u i n c k e ' s leer geen bezwaar om een plaatselijke drukverhooging eventueel gecombineerd met hyperaemie der meningen, oedeem van de dura, als verklaring van de hoofdpijn aan te nemen. Bovendien is het een bekend feit dat lumbale punctie soms een gunstige werking op de hoofdpijn heeft, wat een invloed van den liquordruk op het tot stand komen van de pijn zou kunnen doen vermoeden.

Wij meenen dan ook met F l a t a u e.a., dat voor bepaalde migrainegevallen de hypothese van Q u i n c k e een bevredigende verklaring levert. Met name geldt dit voor de zware processen, die met soms dagenlange hoofdpijnen verloopen, waarbij het irrationeel zou zijn een zoo langdurige angiospasme zonder blijvende restverschijnselen aan te nemen.

Hoe het nu mogelijk is, dat bij niet steeds gelijksoortig pathophysiologisch gebeuren, de migrainelijder toch zijn hoofdpijn steeds als migraine hoofdpijn herkent en met nadruk pleegt te verzekeren dat het „geen gewone hoofdpijn"

is, is een vraag die hieronder nog nader ter sprake zal komen (zie blz. 50).

Er zijn andere verschijnselen, die men tot het klassieke migrainesyndroom rekent, en waarvoor het wederom de theorie der angiospasmen is, die de beste verklaringsmogelijkheden biedt: n.l. de z.g. auraverschijnselen, die als prikkelings- of uitvalverschijnselen voorafgaande aan de hoofdpijn kunnen optreden, meestal in den vorm van optische verschijnselen, positieve of negatieve scotomen, scotoma scintillans, amblyopie, amaurose, verder als paraesthesieën, lichte aphasische stoornissen e.d.

Het is hier niet de plaats om uitvoerig in te gaan op de oude strijdvraag of men de aura al dan niet als corticaal symptoom wil opvatten, daar deze van weinig belang geacht kan worden wanneer men, zooals wij, het migraineproces niet beschouwt als beperkt tot de hoofdpijnperiode alleen. Het doet aan de o.i. meest ongewrongen verklaringswijze voor deze bij uitstek vluchtige verschijnselen met behulp van de hypothese der angiospasmen, niets af.

Uit het bovenstaande moge blijken, dat wij aan de bloedvaten een gewichtige plaats toekennen in het mechanisme van den migraineaanval; althans in een bepaald stadium van den aanval, zij het ook dat wij de hemicranie zeker niet als een primaire vaatziekte beschouwen. Dat deze vaatwandveranderingen afhankelijk zouden zijn van een uitsluitenden sympathicus invloed, dàt de migraine een halssympathicuslijden zou beteekenen, kunnen wij met M o e b i u s e.a. op grond van de kliniek der migraine verwerpen. Reeds aan d u B o i s R e y m o n d zelve viel het op, dat bij hem tegelijk met het bestaan der sympathicotonische verschijnselen een hyperaemie van de conjunctivae was waar te nemen. Een soortgelijke tegenstrijdigheid van gelijktijdig optre-

dende paralytische en spastische symptomen, bijv. roodheid, pupilverwijding en hard aanvoelen van de art. temporalis (Berger), of bleekheid naast pupilvernauwing, kan men niet zelden tijdens den migraineaanval waarnemen; een feit waarop ook Strümpell nog eens nadrukkelijk gewezen heeft. Ongetwijfeld treden er bij den migraineaanval wel verschijnselen van den kant van het sympathische zenuwstelsel op, ook wel in het bijzonder van den halssympathicus. Maar men kan uit de wijze waarop die zich voordoen, niet veel anders concludeeren, dan dat er een verschuiving optreedt in het evenwicht der beide antagonistisch werkende componenten, die men in dit zenuwstelsel aanneemt; een regulatie stoornis die doet vermoeden, dat de oorzaak niet ligt in een meer peripheer gelegen gebied als de cervicale gangliën, die geprikkeld of verlamd zouden zijn, maar in hooger gelegen reguleerende centra van het vegetatieve zenuwstelsel.

Het is op grond hiervan dus niet geoorloofd de sympathicus-prikkeling als eenige oorzaak der vasoconstrictie te noemen, en dit toch is het wat de moderne Fransche school (Pasteur Vallery-Radot), al of niet uitgaande van een diathèse colloïdoclasique, doet. Nog een ander bezwaar hiertegen is het feit, dat men, geleid door de argumenten van Richter, die aan de hand van een groot migrainemateriaal de afzijdigheid van de hersenschors voor het tot stand komen van talrijke begeleidende verschijnselen bepleit, gerechtigd is aan de verandering van de hersenparenchymvaten, die geen vasomotorische innervatie bezitten (Stöhr), een rol in het migraine proces toe te kennen (onder dezelfde omstandigheden bevinden zich de retina-vaten, waarvan vele onderzoekers schrijven,

dat zij spasmen hebben kunnen waarnemen bij het onderzoek tijdens een migraine aanval).

M.a.w. men heeft naast de nerveuse angiospasmen voor het tot stand komen van de migraine, het bestaansrecht te erkennen van een anderen vorm van angiospasmen, en dit zijn die toxische angiospasmen, die ontstaan doordat er een directe chemische inwerking op den vaatwand plaats heeft, met omgaan van de inwerking van het nerveuse apparaat. Wij achten het een verdienste van Bremer en Coppez aan deze opvatting steun te hebben verleend in hun studie over „angiospasmes des centres nerveux — essai de classification et de pathogénie", waarin zij de waarde van de toxische angiospasmen voor de migraine naar voren brengen.

Het ligt voor de hand om ook hier wederom de oorzaak van het ontstaan dezer toxisch werkende stoffen te zoeken in een gestoorde stofwisseling, en met name kan men met Döllken, wiens onderzoekingen nog nader ter sprake komen, van sommige eiwit-afbraakproducten een dergelijke toxische werking op de vaatwanden vermoeden. Er is dan ook o.i. wel reden om a.h.w. na Flatau weer een stap terug te gaan en nu, erkennend de verrijking van het inzicht in de migraine, die het door hem ingevoerde begrip van gestoord neurometabolisme gaf, toch ook weer aan algemeene stofwisselingsstoornissen een plaats in te ruimen, althans voor zoover betreft de verandering der vaatwanden. Dat intusschen ook deze laatste wederom van een vegetatieve regulatiestoornis afhankelijk te denken zijn, is o.i. naar analogie van het overige pathophysiologisch gebeuren bij de hemicranie, een gerechtvaardigde veronderstelling.

Bepaalden wij ons hier nog slechts tot de verandering van den vaatwand in den zin van vasoconstrictie, het is dui-

delijk dat hiermee nog niet de invloed van den vaatwand in zijn vollen omvang gegeven is. Op deze wijze immers komen de exsudatieve processen, die men herhaaldelijk tijdens een migraineaanval kan waarnemen, en waaraan Quincke, v. Strümpell, Müller e.a. niet ten onrechte zoo groote waarde hechten, onvoldoende tot hun recht.

Aan Döllken nu gelukte het om bij een migrainelijder te allen tijde een typischen aanval uit te lokken door middel van een injectie van 0,5 — 1,5 mgr. histamine. Histamine bewerkt niet alleen een constrictie van de arteriën, maar maakt bovendien de capillairen abnorm doorlaatbaar. Door een abnorme doorgankelijkheid van de capillairen, die een geheel zelfstandig regulatiemechanisme bezitten, kan men de vochtuitzweeting tijdens den migraine aanval verklaren en aan de theorieën van Müller e.a., die de vermeerderde liquor-ophooping als een belangrijke factor in het migraine-proces beschouwen, kan men via de vaathypothese tegemoet komen. Wanneer men maar met Döllken in het oog houdt, dat deze ruime hypothese niet betrekking hoeft te hebben op de verandering van een bepaalde vaatgroep, maar dat het wezen ervan is een evenwichtsverstoring in den spanningstoestand van de 3 vaatgroepen: de arteriën (gecontraheerd), de capillairen (verwijd en bovendien abnorm doorlaatbaar) en de venae (verwijd). Op deze wijze achten wij de werkzaamheid van de vaten in het gebeuren tijdens de hemicranie-aanval voldoende bepaald.

Zooals wij reeds opmerkten, heeft men zich bij de bestudeering van den migraineaanval niet uitsluitend tot de pijnperiode te beperken. Maar men heeft ook het daaraan voorafgaande stadium te waardeeren, waarin het organisme tot den aanval gedisponeerd wordt: de inleidende verschijnse-

len, bestaande uit talrijke vegetatieve veranderingen, met name ook slaapstoornissen en stemmingsanomalieën, en men mag de migraine niet als een primair vaatlijden opvatten, doch dient de besproken vaatveranderingen als secundair te beschouwen.

De vraag blijft nu waar de primaire oorzaak schuilt.

## HOOFDSTUK II.

### Localisatie.

De aangeboren locus minoris resistentiae. De migraine als ziekte-eenheid. De corticale theorie. Mesodiencephale migraine.

Ludo van Bogaert en Helsmoortel, getroffen door de typische voorkeur die het migraine proces bij een zelfden lijder steeds weer kan vertoonen voor een bepaald gebied (zij bouwen met name voort op de studie over angiospasmen van Bremer en Coppez), nemen een constitutioneele factor aan, die de topographie bepaalt, en beroepen zich, o.m. wat de ophthalmoplegische migraine betreft, op het reeds genoemde geval van Brouwer en de Lange met hypoplasie van oculomotoriuskernen en vaat-anomalieën in het correspondeerende gebied. Men is naar analogie van een dergelijk geval van symptomatische migraine, waarbij de hypothese der abiotrophie te hulp moet komen, geneigd voor de niet symptomatische migraine een gebied van constitutioneele functioneele minderwaardigheid, een aangeboren locus minoris resistentiae aan te nemen. Het geldt dan een vorm van migraine, waarvoor men uiteraard den steun van den patholoog-anatoom mist, en voorloopig, om met Stief te spreken, missen zàl. Trouwens juist het ontbreken van dezen steun is het, wat men terecht tegen de mechanische theorieën kan aanvoeren.

Naast de constitutioneele factor, die de plaats en de uit-

breiding van het proces bepaalt en de groote individueele verschillen kan verklaren in het symptomenbeeld dat verschillende hemicranielijders bieden, nemen van Bogaert en Helsmoortel een of meerdere andere factoren aan, die het oogenblik van uitbreken bepalen.

Ongetwijfeld is, alleen al door de combinatie-mogelijkheden, die de hierboven ter sprake gebrachte migraine-symptomen kunnen bieden, de individueele verschillendheid van de migraine ontzettend groot. Maar wij wijzen er op, dat al die symptomen tot enkele hoofdgroepen zijn samen te voegen, welke ieder door een of meerdere verschijnselen in elk volledig migrainegeval zijn vertegenwoordigd, zoodat men dus toch van een gemeenschappelijke kern kan spreken, wellicht op een gemeenschappelijke localisatie wijzend. Daarom, en ondanks het feit dat het aantal primaire aandoeningen dat een migraine-syndroom met zich kan brengen legio is, wanhopen wij niet aan de „Einheitlichkeit" van de genuïne migraine, een zoo bij uitstek hereditair lijden, en wij vragen ons nu af: is niet die andere factor, die van Bogaert en Helsmoortel voor het optreden van het migraineproces aansprakelijk stelden, evenals de plaatsbepalende factor, in de constitutie gegeven, en is het niet dezelfde factor. Is niet de veronderstelde locus minoris resistentiae tengevolge van een door minderwaardigen aanleg veroorzaakte functiestoornis, ook locus morbi.

Is de migraine niet een primaire vaatziekte, dan moeten wij den locus minoris resistentiae niet in een bepaald vaatgebied zoeken, waartoe blijkbaar v. B. en H. en ook vele anderen neigen. Met Moebius moet men hem zoeken in het cerebrum. Maar niet met Moebius moet men o.i. de primaire oorzaak van een zoo uiteenloopende verschijnselen omvattend syndroom aannemen in een bepaald gebied

van de schors, met haar groote differentiatie. Trouwens, geen der de migraine begeleidende verschijnselen, die men zoo gaarne als schorsprikkelingen pleegt op te vatten, dwingt tot aanname van schorsinvloed; met uitzondering misschien van de visueele stoornissen (scotomen, amblyopieën, amaurose, hemianopsieën), die overigens geen obligaat migrainesymptoom vormen, en waarvan men met Jolly, Mauthner e.a. in vele gevallen wederom de corticale localisatie kan bestrijden. Bovendien, al zouden dit schorssymptomen zijn, en al zouden ze als z.g. aura optreden, wat lang niet altijd het geval is, — heel vaak treden ze na of tijdens de pijnperiode op —, dan nog beteekent dit niet, dat zij het uitgangspunt van het proces vormen, beteekent dit niet dat zij een primaire schorsverandering bewijzen. Men moet, zooals wij reeds betoogden, zich niet door het woord aura laten verleiden hieraan eenzelfde waarde toe te kennen als aan een epileptische aura. De aura bij de migraine, die n.b. halve uren duren kan (in tegenstelling tot de epileptische aura van enkele seconden), is wel vaak een voorlooper van den pijnaanval, maar niet van den volledigen migraineaanval, waarin zij een secundaire plaats inneemt.

Wat betreft andere begeleidingsverschijnselen als de visueele, wat betreft de hemiparesen, de halfzijdige sensibiliteitsstoornissen, de aphasieën (typisch voor de migraineaphasie is volgens Flatau het *motorisch* karakter, in tegenstelling tot de epilepsie-aphasie), hiervan achten wij met Richter de corticale oorsprong deels onbewezen, deels, op grond van afwezigheid van typisch corticale verschijnselen als b.v. convulsie's, onwaarschijnlijk.

Is de grootehersen-schors de locus morbi niet, ook een andere groep van schrijvers, zij die met Cornu e.a. zich door

de bulbaire symptomen laten leiden bij het zoeken naar het primum movens, kunnen wij niet volgen, omdat men in den bulbus niet zonder gewrongen verklaringswijze zich de zoover uiteenloopende symptomen-complexen vertegenwoordigd kan denken; omdat ook met name, wanneer men aan de hersenzenuwverschijnselen bij dit lijden zoo'n groote waarde hecht, de aandoeningen van de oculomotoriuskernen een veel grootere verwantschap met de migraine vertoonen dan die van de bulbaire kernen.

Stellen wij ons nu tenslotte, terwijl wij ons nogmaals in herinnering brengen wat wij aangaande de groote symptomen-groepen die tot het kernsyndroom behooren, overwogen, wederom voor de vraag: waar kan men de migraine localiseeren; dan meenen wij, dat men waarlijk zich aan geen tusschenhersen-mythologie schuldig maakt, wanneer men de localisatie van een centraal lijden, dat door stofwisselingsregulatiestoornissen wordt ingeleid, dat zich door hooggezetelde regulatiestoornissen van den evenwichtstoestand in het sympathisch zenuwstelsel kenbaar maakt, dat met talrijke vegetatieve stoornissen gepaard gaat, waaronder de slaapregulatiestoornis een eerste plaats inneemt, terwijl bovendien nog oculomotoriuskern-aandoeningen (waarschijnlijk mede t.g.v. een minderwaardigen aanleg) hierbij lang geen zeldzaamheid vormen, wanneer men die localisatie in het meso-diencephalon vermoedt.

Daar, in de gangliëncelgroepen van de tusschenhersenbasis en de wanden van de 3-de ventrikel, in die phylogenetisch oude systemen waar men het recht heeft de centrale regulatie der functie's van het vegetatieve systeem aan te nemen, kan men de oorzaken van de zoo uiteenloopende migraineverschijnselen in een omschreven gebied vereenigd denken. Door een minderwaardigen aanleg van deze re-

gionen kan men, — want het zijn juist de vegetatieve stoornissen die veelal zoo'n periodisch karakter dragen —, de periodisch optredende inleidende stofwisselingsschommelingen veroorzaakt denken, komt met name de invloed van de tusschenhersenen op de eiwitstofwisseling tot zijn recht, een invloed die men met Aschner, Toenniessen, Greving bewezen kan achten mede op grond van de proeven van Leschke en Schneider, Freund en Grafe. Langs chemischen weg door producten dezer gestoorde stofwisseling, en langs neurodynamischen weg onder invloed van het in de regio subthalamica gelocaliseerde centrum voor de regeling der vasomotiliteit (Greving, Schrottenbach, Karplus en Kreidl), ontstaan vervolgens de algemeene vaatreactie's, zooals men die bij de migraine in het geheele organisme kan zien optreden, in den vorm van angiospasmen, angioneurotische oedemen, evenwichtsverstoring in de vulling der drie vaatgroepen, reactie's intusschen die in de eerste plaats hun terugslag vinden in den locus minoris resistentiae, in het meso-diencephalon, wat tot een culminatie van de overtalrijke vegetatieve verschijnselen, die wij reeds opsomden, leidt. Tevens wordt dan de constitutioneele minderwaardigheid der oogspierkernen in vele gevallen apert.

Het gebied waar deze processen zich afspelen behoort voor een belangrijk gedeelte tot het uitbreidingsgebied van de art. cerebri. post., en men bedenke dat deze bovendien behalve het mesencephalon en een deel van het diencephalon (ook den plexus chorioideus van de 3de ventrikel) ook het occipitale, dus het visueele schorsveld voorziet, terwijl tot het gebied van de art. basillaris, waaruit de genoemde arterie ontspringt, o.m. de pons behoort.

De pijnen tenslotte kunnen als vaatpijn, door angiospas-

men bij de lichtere gevallen verklaard worden, of — bij de zwaardere gevallen — door de exsudatieve processen, 't zij ten gevolge van vaatveranderingen, 't zij ten gevolge van een directe prikkeling van het epitheel van den plexus chorioideus; de plexus chorioideus immers, door uitstulpingen van de dekplaat van de tusschenhersenen gevormd, is zooals B a u e r terecht betoogt, als een vegetatief „Erfolgsorgan" op te vatten.

Samenvattend komen wij tot de conclusie dat de essentieele migraine kan worden opgevat als een constitutioneele minderwaardige aanleg van het meso-diencephalon, die via periodische stofwisselingsstoornissen (hier zoeke men het verband van migraine met talrijke stofwisselingsziekten) pathologische mechanismen in werking stelt, welke in de eerste plaats wederom hun terugslag doen gevoelen in de plaats van minderwaardigen aanleg, zoodat de locus morbi en locus minoris resistentiae hetzelfde gebied innemen: de kring is gesloten en de migraine staat voor U niet meer als een syndroom, zooals F l a t a u nog aanneemt, maar als een ziekte-eenheid, een erfelijke minderwaardige aanleg van het mesodiencephalon.

Kan men zich een min of meer volledige symptomatische migraine denken, door primaire aandoeningen in verschillende punten van dezen kring aangrijpend, (b.v. de primaire sympathicus aandoeningen), een niet van de essentieele migraine afwijkend toestandsbeeld (dus een oogenblik afgezien van de erfelijkheid) zal ontstaan, wanneer de primaire aandoening een verkregen minderwaardigheid van de tusschen- en middenhersenen tengevolge heeft. Zoo is het dan niet te verwonderen, dat tumoren of andere ziekten die tot een recidiveerende ophthalmoplegie leiden, met migraine gepaard gaan, evenmin dat tusschen-hersentumoren zich

soms uitsluitend in den vorm van typische migraine voordoen, noch ook dat Paulian en Poussep zoo vaak veranderingen van de schedelbasis ter hoogte van de infundibulairstreek met migraine gepaard zagen gaan.

Aldus zijn wij langs een langen weg van argumentatie, die ons gelegenheid gaf den talrijken migraine-theorieën recht te doen wedervaren, tot een resultaat gekomen dat groote overeenkomst vertoont met het standpunt dat Müller en Greving, van wie men intusschen geneigd is een zekere aprioristische beschouwingswijze te verwachten, tegenover het localisatie-probleem van de migraine innemen; zij 't ook dat zij bij hun verklaring van de migraine door tusschenherseninvloed alleen een aanval in engeren zin beschouwen en niet den constitutioneelen factor in aanmerking nemen.

Volledigheidshalve moge het schema dat zij van hunne verklaring opstelden hier volgen:

*Flikkerscotoom, aura:* prikkeling van den tractus opticus of van het corpus geniculatum laterale of van het pulvinar (door druk op de wanden van de zijventrikels?)

*Paraesthesieën:* prikkeling van de in den thalamus uitstralende banen of van hun centra.

*Halfzijdig kippenvel en rillingen:* prikkeling van de pilomotorische centra in de tusschenhersenen.

*Scotoom, hemianopsie:* uitschakeling van banen van den tractus opticus (drukverlamming).

*Halfzijdige hoofdpijn:* drukprikkeling van de sensibele eindorganen in den plexus chorioideus van een zijventrikel.

*Overgevoeligheid voor sensorische indrukken* (licht en geluid): overgevoeligheid van den thalamus (prikkeling door druk?).

*Polyurie en veel verdunde opalesceerende urine:* prikkeling van het waterhuishoudingscentrum in de wanden van de 3de ventrikel.

*Bleekheid van één gezichtshelft:* prikkeling van vasomotorische centra in de regio subthalamica.

*Later rood worden en eenzijdige conjunctiva-injectie:* later verlamming van deze centra.

*Pupilvernauwing, veelal aan de zijde van de pijn:* prikkeling van pupilcentra in de tusschenhersenen.

*Lidspleetvernauwing:* prikkeling van het centrum voor de gladde musculatuur van het oog in de tusschenhersenen.

*Traansecretie:* prikkeling van het traansecretiecentrum in de tusschenhersenen.

*Speekselvloed:* prikkeling van centra voor speekselklierinnervatie in den hypothalamus.

*Zweetuitbarsting:* prikkeling van centra van zweetsecretie in de tusschenhersenen.

*Braken, gebrek aan eetlust, bradycardie:* prikkeling van de viscerale vaguskern in de 4de ventrikel, door verhoogden liquordruk aldaar.

*Hemiparese en aphasie:* overgaan van de drukverlamming op de capsula interna.

*Slaapbehoefte en diepe slaap bij het afzakken van de hoofdpijn:* prikkeling van den overgang van de 3de ventrikel naar het centraal kanaal van de middenhersenen; afvloeien van de gestuwde liquor van een zijventrikel in de 3de ventrikel en in den aquaeduct.

Moge deze verklaringswijze van Müller en Greving hier en daar gewrongen zijn, houdt zij onvoldoende rekening met de algemeene vaatwand-processen in het organisme, het is duidelijk dat de vegetatieve veranderingen,

en er zijn er talrijke meer dan Müller en Greving genoemd hebben, zooals b.v. de lichaamstemperatuur-veranderingen, de hongeraanvallen (analoog aan die na encephalitis lethargica), de sexueele veranderingen (diencephale regulatiecentrum voor geslachtsfunctie), verandering der talgsecretie (zie geval 40) e.a. in deze verklaring gemakkelijk een plaats vinden. Ditzelfde geldt voor meer ongewone begeleidingsverschijnselen van de migraine als b.v. het dwanglachen (volgens Wilson door subthalamische baanonderbreking te verklaren), dat wij op grond van de anamnese in sommige onzer gevallen vermoedden, en dat met name door Zutt beschreven werd.

Hebben wij hierboven de migraine als een vegetatieve functiestoornis voorgesteld, niet in de laatste plaats heeft ons daartoe geleid een groep verschijnselen, die merkwaardigerwijze door Müller en Greving genegeerd werd, doch die niettemin tot het kernsyndroom van de migraine behoort: te weten de psychische begeleidingsverschijnselen, welke onder den misleidenden naam van hemicrania psychica worden samengevat.

Het is alleen terwille van de overzichtelijkheid, dat deze groep eerst hier ter sprake komt.

Migraine zonder hoofdpijn komt voor, migraine zonder vegetatieve stoornissen — waaronder de slaapstoornissen een belangrijke plaats innemen — en zonder psychische afwijkingen, kunnen wij op grond van ons onderzoek nauwlijks aanvaarden.

## HOOFDSTUK III.

### Hemicrania psychica.

Migraine-ontstemmingen. De leer der diencephalosen. Migraine-depressie. Migraine-manie. Migraine-paranoia. Migraine-schemertoestanden. Migraine-hallucinosen.

#### § 1. Migraine-ontstemmingen.

Bij het onderzoek van ons materiaal zijn wij tot de overtuiging gekomen, dat de psychische verandering, die bij geen migraine ontbreekt de stemmingsanomalie is. Zou men, de psycho-physische eenheid van het organisme in aanmerking nemend, een verandering van de stemmingen, de „körperliche Urgefühle" van K l e i s t, theoretisch misschien bij iedere ziekte kunnen verwachten, a fortiori kan men dit bij onze gevallen verwachten, wanneer men een meso-diencephale migraine aanneemt, gelocaliseerd dáár, waar men het hersenstamverschijnsel der körperliche Urgefühle zèlf terecht gelocaliseerd acht.

Niet alleen zullen van de centrale vegetatieve dysfunctie die de migraine dan is, de gevolgen in het vegetatieve systeem zich als secundair-symptomen in het animale systeem kenbaar maken (zoo bijv. in het bewustzijn als pijn, overweldigende moeheid, zoo bijv. in het bewegingsleven als dadenloosheid, gemis aan „Antrieb", of juist als dadendrang, bevrediging zoeken voor een driftneiging, zoo ook bijv. in de algemeene verhouding tot de buitenwereld als een zich isoleeren), maar ook zal het optreden van de pri-

maire vegetatieve veranderingen het optreden van een primaire psychische verandering beteekenen.

De toestand immers waarin het vegetatieve systeem verkeert, de biotonus (E w a l d), turgor vitae, maakt zich aan ons kenbaar als een vitaal gevoel (H ö f f d i n g), zal wellicht zoolang dit nog niet bewust is, nog niet tot het animale systeem behoort, als de psychische zijde van een vegetatief evenwicht gegeven zijn.

Zooals bekend, denkt men zich naar analogie met andere vegetatieve functies, ook de centrale vertegenwoordiging van den biotonus, waaraan deze primitieve psychische processen zoo direct gekoppeld zijn, in de tusschenhersenen gelocaliseerd (R e i c h a r d t, S p e c h t, E w a l d, K l e i s t). Afgezien van deze localisatorische overwegingen heeft reeds C a r u s, naar wien K l a g e s verwijst, een soortgelijken samenhang van vegetatieve processen en stemmingen aangenomen.

De begrippen vegetatief en animaal zijn hier gebruikt in den zin van W. R. H e s s, die vegetatieve functie de zorg voor de cel noemt en animale functie de zorg voor den cellenstaat, het individu in zijn verhouding tot de buitenwereld; slechts wordt hier in het midden gelaten of het gebied van het psychische in zijn geheel tot het animale systeem moet gerekend worden, zooals H e s s doet, òf dat er aan de vegetatieve functie's a.h.w. een psychische zijde kan worden aangenomen [1]); ook vermijden wij met opzet

[1]) Zoo schrijft O s w a l d : „De experimenteel aantoonbare hoogste centra van vegetatieve werkzaamheid zijn het striatum en de hypothalamus. Daar neemt men den zetel aan van driften, instincten, kortom van het primitieve zieleleven. Deze primitieve impulsen zijn echter ook reeds psychische processen, wat dus wil zeggen, dat ook het vegetatieve leven onmiddellijk met psychische processen verbonden is.

deze psychische zijde van het vegetatieve systeem, resp. de bereidheid tot psychische functie activeerenden invloed van het vegetatieve zenuwstelsel, als sympathicotonus te betitelen.

Het moge ondoenlijk zijn om te beoordeelen wanneer de invloed van de „levenscentra" het terrein van de psyche betreedt, om bijv. uit te maken hoe groot de psychische factor is van een drift, een instinct; evenzeer om de hoegrootheid af te meten van de vegetatief somatische en psychische componenten, die het levensgevoel bepalen; het moge zelfs een essentieele fout zijn, om — met Reichardt gesproken — lichaam en psyche in hunne centraalste vertegenwoordiging scherp van elkaar te scheiden; dit alles heeft ook tegenwoordig, evenals de daarmee samenhangende vraag naar de localisatie van de psyche, niet meer die waarde welke men er enkele jaren geleden nog aan meende te moeten hechten. Zeker is, de psychophysische eenheid eenerzijds, anderzijds een onmiddellijke wederzijdsche beinvloeding van het vegetatieve en animale systeem in aanmerking nemend, dat verschuiving van den vegetatieven evenwichtstoestand een verandering van den biotonus, een verandering van het vitaalgevoel met zich brengt, die in het animale systeem als een verandering in de grondstemming tot bewustzijn komt.

Daarom kan men, onverschillig of men de verandering in den hersenstam zelf reeds een psychisch gebeuren noemt of niet, toch in het kernsyndroom van een mesodiencephale migraine een psychische stoornis verwachten, zij 't ook niet anders als een grondstemmingsverandering, niet verder gedifferentieerd dan een plus of min, een lust of onlust.

Het feit, dat wij deze grondstemmingsveranderingen zoo constant bij onze migrainelijders waarnemen, is ons mede

een aanwijzing geweest om het oorzakelijk moment van de psychische stoornis en het oorzakelijk moment van de vegetatieve functiestoornis identiek te achten en gezeteld te denken in wat Reichardt noemt het „Bindeglied zwischen Seele, Gehirn und Körper".

Men zou natuurlijk bij een dergelijke localisatie even goed een andere psychische functiestoornis in het animale systeem kunnen verwachten, nl. bewustzijnsveranderingen. Deze komen ook ongetwijfeld bij migraine veelvuldig voor, maar wij meenen toch dat men in de litteratuur, waarschijnlijk onder invloed van den alle andere symptomen vaak overheerschenden indruk, dien de bewustzijnsverandering maakt wanneer er migrainepsychose in den vorm van een schemertoestand optreedt (wat overigens zeldzaam is), aan de bewustzijnsveranderingen een te voorname plaats in de hemicrania psychica heeft toegekend, terwijl onze overtuiging is, dat deze bij de stemmingsanomalieën belangrijk ten achter staan. (Beteekent dit misschien, dat daar waar bewustzijnsstoornissen meer op den voorgrond treden de ziekmakende oorzaak, over 't algemeen vrij proximaal in den hersenstam gelocaliseerd, zich naar distaler gedeelte heeft voortgeplant? Wij denken hier aan de uiteenzettingen van Kleist over het primitiefste ik.)

Het behoeft nauwelijks betoog, dat de hier bedoelde ontstemmingen niet als gevolg van de pijn mogen worden opgevat. In de eerste plaats treedt de ontstemming niet altijd als onlust op, in de tweede plaats zien wij daar waar dit wel het geval is, hoe de stemmingsverandering, als uiting van een vegetatieve schommeling, in talrijke gevallen geruimen tijd voorafgaat aan de pijn, terwijl zij ook door de patienten zelf als onafhankelijk van, en onevenredig aan de pijn beschreven wordt. Ook Christiansen wijst op

de apathie als autonoom symptoom, en wij meenen dat het juist de wijziging in het vitaalgevoel is, meer dan de aard van de pijn, zooals Flatau meende, die onze lijders doet zeggen: „het is geen gewòne hoofdpijn, waarvoor ik kom". Evenmin als men de migrainepsychose op één lijn mag stellen met een dysphrenia neuralgica (Mingazzini; Forli), evenmin mag men ook in het algemeen de hemicrania psychica als secundair verschijnsel duiden. Natuurlijk komen dergelijke secundairverschijnselen bij migraine voor, maar dat zijn processen die zich in een heel andere laag van ons affectieve leven afspelen, immers behoorend tot de, alle gebeuren in ons zieleleven in voortdurende wisseling begeleidende, aan dit gebeuren gebonden en ervan afhankelijke processen, die Schröder gevoelens noemt. Het is ongetwijfeld een verdienste van Schröder, aan de stemmingen, tegenover de gevoelens, een afzonderlijke en zeker niet onbelangrijke plaats in de psychiatrie te hebben toegewezen.

Wij stellen ons dus bij de beschouwing van de hemicrania psychica op het standpunt van de biologische psychopathologie (Reichardt, Specht, Ewald, Küppers, Haskoveck e.a.), zooals die op de biologische psychologie, voor een belangrijk deel geïnspireerd door Hess, ook Laehr e.a. is opgebouwd.

Aan den anderen kant zal men analogieën vinden met de meer direct op de kliniek gegrondveste „Psychiatrie mésocéphalique" (v. Bogaert), zooals die in Frankrijk in de eerste plaats aan Lhermitte te danken is.

Tenslotte wijzen wij op de verwantschap die onze overwegingen over de migraine vertoonen met die van Ratner over de z.g. „diencephalosen".

Wat wij nl. voor de migraine aannemen, neemt Ratner aan voor een heele groep ziektetoestanden, waarvan hij het patho-physiologisch substraat zoekt in een constitutioneele minderwaardigheid van de tusschen- resp. middenhersenen, en die hij onder den onvolledigen naam diencephalose bijeenvoegt. Verschillende centrale vegetatieve functiestoornissen — verminderd pyrogenetisch reactievermogen, teleangiectasieën van de huid onder de wenkbrauwen —, verder niet zelden veranderingen in het Röntgenbeeld van de sella turcica (gesloten sella, dorsum elongatum), zijn de schakels die de representanten vereenigt van deze groep, waartoe hij, als paradigma uitgaande van het Bardet-Biedl'sche syndroom, o.m. de narcolepsie rekent, de pyknolepsie, de manisch-depressieve psychose (later alleen bepaalde vormen hiervan), tenslotte het arthritisme van de Fransche auteurs; diabetes, jicht, vetzucht zijn takken van hetzelfde degeneratief mycelium van de aangeboren diencephale insufficiëntie. Bij de inlijving van de manisch-depressieve psychose (of vormen hiervan) tot de diencephalosen, neemt Ratner in aanmerking, dat de tusschenhersenen de opperste regulatie beteekenen voor het periodische verloop van zoovele vitale functie's; een soortgelijk argument dus als Reichardt en Ewald aanvoeren, gesteund door de ervaringen bij postencephalitische toestanden, wanneer zij de periodiciteit van levensuitingen aan hersenstamfuncties gebonden denken (hoe vaak vertoont de migraine niet een strenge periodiciteit! Men denke bijv. aan de „Zondagsche migraine".). Een anderen welkomen steun vindt Ratner bij O. Foerster, die door druk op het infundibulaire „Höhlengrau" een maniakaal syndroom zou hebben uitgelokt.

Men krijgt den indruk dat het diencephalose-begrip in

de Russische psychiatrie algemeen ingang heeft gevonden (W o l o c h o w). Inderdaad zijn de ziektegeschiedenissen die R a t n e r geeft zeer suggestief — om een voorbeeld te noemen: een patient, wiens vader manisch-depressief en narcoleptisch is, wiens grootvader diabetes had, lijdt aan pyknolepsie, heeft een urinezure diathese en vertoont in het Röntgenbeeld een overbrugde sella — maar zijn bewijsvoering is oppervlakkig en zijn werk niet zonder innerlijke tegenspraak. Ook valt het op, dat de manisch-depressieve psychosen, voor zoover ze in somatisch opzicht het best aan het diencephalose-begrip beantwoorden, depressies blijken waarbij een uitgesproken apathie het overheerschend symptoom is, zonder dat ze het klassieke beeld van de volledige depressie vertoonen.

Met hoeveel critiek men ook tegenover de vèrstrekkende conclusies van R a t n e r dient te staan, het begrip diencephalose is direct van toepassing op den migrainevorm, zooals wij die boven beschreven hebben. Talrijke gevallen van eenvoudige migraine, dat zijn dus, om het nog eens kort samen te vatten, in de erfelijke constitutie gegeven aanvallen, veelal periodisch optredend, van centrale vegetatieve regulatiestoornissen, gepaard met hoofdpijn en stemmingsanomalieën, al dan niet door bewustzijnsveranderingen begeleid, zal men zonder meer als (meso-)diencephalose kunnen betitelen.

Noemen wij als één voorbeeld uit vele het volgend geval, dat zich door het episodisch op den voorgrond treden van een zuivere stemmingsanomalie kenmerkt.

Mej. H. B. (tabel No. 40) 24 j. oud, kwam in Nov. '27 voor 't eerst op de polikliniek wegens kortdurende buien van sufheid, lusteloosheid, moeheid, slaperigheid, veelal ge-

paard met hoofdpijn; geen bewustzijnsveranderingen. De hoofdpijnen, die ze reeds sinds haar 14de j. had, ongeveer om de 3 weken, waren rechtszijdig gelocaliseerd en droegen een migrainekarakter.

De waarschijnlijkheidsdiagnose werd destijds gesteld op epileptische equivalenten, ofschoon noch bij patiente zelf, noch bij de familie iets van epileptische insulten bekend was. Haar moeder lijdt, evenals een broer van de moeder, aan migraine; haar vader overleed aan carcinoma ventriculi, een zuster aan tuberculose. Patiente zelf was over het algemeen gezond.

In Mei '31 kwam ze opnieuw op de polikliniek met dezelfde klachten. De migraine aanvallen traden als vroeger, ongeveer om de 3 weken op, de buien van lusteloosheid, die soms een paar weken duurden en waarbij de hoofdpijn soms zeer op den achtergrond trad, om de paar maanden. Aanvankelijk had men gemeend dat er verband bestond tusschen deze buien en het optreden van de menses; later bleek dit niet duidelijk aanwezig.

We onderzochten patiente, die juist in zoo'n bui was, en vonden geen somatische afwijkingen. Er bleek een eenigszins asthenische lichaamsbouw te bestaan. Zeer opvallend was de alles overheerschende apathie, die haar stempel op haar geheele wezen drukte. Mimiek-loos zat ze, als een doodvermoeide, dof voor zich uit te kijken, toonde geen interesse voor de omgeving, zonder nochtans den indruk te maken van een melancholica; met name was ze niet verdrietig, voelde zich alleen maar onbehaaglijk, vertoonde geen remming. Wel viel een zekere „Mangel an Antrieb" op. Bovendien bestond er een duidelijk „Salbengesicht". Er bleek geen spoor van eenige bewustzijnsverandering. Trad een dergelijke bui, zooals vaak het geval

was, tijdens haar (atelier-)werk op, dan liet zij van louter lusteloosheid haar werk maar in den steek en ging naar huis. Aan de aanvallen vooraf ging dwanggapen; tijdens den aanval zag patiente bleek, voelde zich zeer slaperig.

Prof. N o y o n s bepaalde in deze bui van apathie het basaalmetabolisme en vond een verlaging van 7,5 %. Een week later zagen we patiënte terug als een ander meisje, fleurig, levendig van mimiek en bewegingen, opgewekt. Thans werd opnieuw het basaalmetabolisme bepaald, dit bleek normaal.

De nu ingestelde behandeling met thyreoïdpreparaten had geen resultaat. Na eenig zoeken lukte het door een behandeling bestaande uit peptalmine, gemengde calciumpreparaten en 's avonds een kleine dosis luminal, haar vrij van aanvallen te krijgen.

Om dit kernsyndroom van de migraine-ontstemming kunnen zich, zooals zich gemakkelijk begrijpen laat, talrijke andere psychische veranderingen groepeeren, van lichte stoornissen in de affectieve sfeer, tot uitgesproken psychosen toe. In de eerste plaats noemen we het gevoel van angst en verdriet, als zijnde de meest frequente begeleidingsverschijnselen. (Zie bijv. tabel No. 9). Verder de affectuitingen zooals men die ook bij de endogene ontstemmingen t.g.v. degeneratieve constitutie verwachten kan, met welke toestanden de hier beschreven dysphorie verwant is, allerlei psychopathische reacties — driftbuien, hysterische accessen (zie tabel No. 106), ook sexueele excessen e.d.

### § 2. Migraine-depressie.

Hebben we hierboven de verwantschap aangeduid van de migraine met de psychopathische ontstemmingen, die

meestal een uitgesproken prikkelbaar gedrukt karakter dragen, waarvan Kleist terecht zegt dat ze een slechts oppervlakkige gelijkenis met de periodische melancholie vertoonen, het „episodisch triebhafte" wat dezen psychopathischen toestanden aankleeft, mist men veelal bij de migraine-ontstemming. De migraine speelt zich blijkbaar niet zoozeer in de driftspheer af, en de driftmatige uitbarstingen met agressie gepaard gaande zal men dan ook niet in de eerste plaats bij de migraine verwachten (tenzij in sommige schemertoestanden.). Daarentegen, en dit kan men zich weer bij hier bedoelde episodische toestanden der psychopathen nauwelijks denken, vormt de migraine een geschikte bodem voor het optreden van zwaarmoedigheidsbuien, die in het gebied van het psychotische vallen, en waaronder er zijn die naar het toestandsbeeld, niet van de echte periodische melancholie te onderscheiden zijn (het is dan de duur, van enkele dagen tot weken, die het belangrijke verschil met de manisch depressieve psychose vormt).

Men mag de migraine-ontstemming zèlf niet als een lichte melancholie aanmerken; het voorbeeld hierboven gegeven (geval H. B.) van de ongecompliceerde diencephalose, toont dit duidelijk aan.

Nu is het niet oninteressant, dat de migraine, onze opvatting daaromtrent aangenomen, het bewijs levert, dat op den bodem van een biotonusverlaging, naast andere depressieve toestandsbeelden ook een echte, met de periodische vergelijkbare, melancholie kan ontstaan. Alleen, dit pathogenetisch moment is bij alle migraine hetzelfde, een plus of min van de grondstemming (bij de depressies een minus), en niet in staat om de differentiatie in verschillende vormen van depressie te brengen. Er moet iets bijkomen.

Wanneer nu E w a l d de manisch-depressieve psychose uitsluitend een temperamentsziekte noemt (temperament in den zin van Ewald = vitaalgevoel + psychisch tempo), dan vraagt men zich af, waarom het niet blijft bij een toestand als H. B. vertoont, een onlust, een apathie; dan is er toch voor het tot stand komen ook van de manisch depressieve psychose — voor andere cyclische psychosen neemt E w a l d dit reeds aan — nog een specifieke reactie noodig in andere lagen van het zieleleven (S c h e l e r). Zoo komt men er toe aan te nemen dat het karakter, ook al erkent men dat een centrale vegetatieve stoornis een rol van pathogenetisch moment kan spelen — en wij meenen in de migraine een bewijs te meer geleverd te zien, dat men gerechtigd is dit te erkennen — bepaalde specifieke kenteekenen aan de psychose geeft. Blijft de reactie van het karakter (in den zin van E w a l d) uit, dan blijft het toestandsbeeld vergelijkbaar met dat van patiente H. B.[1]) Wij achten mitsdien een uitsluitende temperamentspsychose niet aannemelijk. De psychose kan pas ontstaan, als de sleutel van de vitale stoornis past op het slot van een bepaalde karakteraanleg. Deze sleutel zelf heeft weinig specifieks, hij is een soort looper die toegang kan geven tot verschillende soorten van depressie.

In dit verband is het nu niet van belang ontbloot, dat onze lijders aan die migraine-depressie, welke het meest een periodische melancholie benadert, in hun gewone doen syntone menschen bleken. In hun verdriet, angst soms, huilbuien, hun geremdheid, minderwaardigheidsgevoel,

---

[1]) Bij de bewering, die men vaak in de Duitsche litteratuur aantreft, dat de depressie een onthulling is van het karakter, houde men daarom in het oog, dat niet alle karakters zich aldus laten onthullen.

wanhoop aan genezing, suicideneiging, vertoonen zij een melancholie, die zij als geheel vreemd aan hun vroegere wezen ervaren.

Anders is het gesteld met de asthenische migraine-depressies; zij herkennen zich zelf wel in hun bui van verslapping, neiging tot klagen, humeurigheid, zwaar op de hand zijn; zij, gekenmerkt vaak door een asthenischen lichaamsbouw, herkennen wel hun asthenisch karakter, dat vaak de licht depressieve ondertoon van hun wezen liet doorschemeren, zij het ook dat de migraine, zooals ze bij ervaring weten, dit karakter wel op heel bijzondere wijze apert doet worden (niet psychogeen!), zoodat een uitgesproken taedium vitae het gevolg kan zijn.

En weer anders vergaat het den hysterischen psychopathen, die, niet in staat om met de wapenen van het bewuste zieleleven aan hun geldingsdorst bevredigend tegemoet te komen, nu in de migraine-depressie niet zelden een tyranniek machtsmiddel van het niet bewuste zieleleven vinden, dat deze ombouwt tot wat men de hysterische depressie noemt (ook deze dus oorspronkelijk endogeen).

Mej. B. v. E. (Tabel No. 113), 53 j., wordt in Feb. '30 naar de polikliniek gestuurd, wegens endogene depressie met suicideplannen. Deze diagnose blijkt juist. Zonder verdere gegevens zouden we ongetwijfeld deze vrouw met pyknische habitus en die al meermalen een dergelijke typische depressie, als waaraan ze nu blijkbaar leed, en die aan haar gewone wezen vreemd was, had doorgemaakt, tot de manisch-depressieven gerekend hebben. Toevallig bleek echter dat patiente jaren geleden ook op de polikliniek geweest was wegens typische familiaire migraine; haar moeder leed aan duidelijke migraine, twee zusters en een broer

aan hoofdpijnen van min of meer duidelijk migraine-karakter; overigens zouden in de familie geen bijzondere ziekten voorkomen. Nadere informatie bracht nu aan het licht, dat patiente den laatsten tijd, volgens haar zelf in verband met extra huiselijke drukte en moeilijkheden (of de menopauze, die begin '26 intrad een rol speelde bleef een open vraag), in toenemende mate aan migraine was gaan lijden. De aanvallen waren heftiger en vooral frequenter, zoodat zij soms maar enkele dagen vrij van klachten was; zij gingen, als vroeger, gepaard met algemeen ziek zijn, braken en bovendien met een opzetten van de linker gezichtshelft.

Bovendien blijkt nu bij navraag, dat de depressieverschijnselen op en neer gaan met de migrainebuien, maar dat ze, langer durend dan de hoofdpijnaanvallen zelf, nog in de interparoxysmale periode, zij 't in lichter mate blijven bestaan, zoodat de met de migraine-aanvallen gepaard gaande zware depressies, door lichtere depressietoestanden aaneengeschakeld worden. Pas tijdens het opnemen van de anamnese wordt dit verband met de migraine aan patiente, die alleen door haar melancholie in beslag genomen was, vanzelf duidelijk. Bij somatisch onderzoek werden geen afwijkingen gevonden, behoudens een verschil in lidspleet.

Wij hebben toen de migraine, die goed luisterde naar een matige dosis luminal, behandeld en zagen patiente terug als een opgewekte, syntone vrouw, die haar huismoederlijke plichten weer vlot en met toewijding vervulde.

Ruim een half jaar later, toen zij, omdat ze zich goed voelde, (ze had geen duidelijke migraine meer, alleen nog nu en dan hongeraanvallen), de medicamenteuse therapie verwaarloosd had, kwam ze terug met typische migraine en een typisch, wat angstig getint, depressie-syndroom. Ook nu had de migrainebehandeling hetzelfde gunstig resul-

taat. Nog eenige malen heeft zich, in den loop der jaren hetzelfde spel herhaald.

Dit is een voorbeeld hoe bij een syntone vrouw met pyknische habitus een migraine-depressie, beantwoordend aan het beeld van de endogene cyclische melancholie en de interparoxysmale perioden overbruggend, als een manisch depressieve psychose kan imponeeren.

Een typisch melancholisch beeld, maar door zijn korten duur en onmiddellijken samenhang met de migraine-aanvallen gemakkelijk te herkennen, bood ook patiente W. H.-O. (tabel No. 57) 29 j., een syntone vrouw met pyknische habitus, die tijdens haar veertiendaagsche migraine-aanvallen haar gewonen levenslust totaal ziet verdwijnen en plaats maken voor een sterk doodsverlangen.

Mevr. N.-v. d. R. (tabel No. 114), 47 j. Lijdt sinds haar jeugd aan aanvallen van hoofdpijn, meestal in het achterhoofd, gepaard met braken en eindigend met neusbloeden; migraine rouge.

Overigens was zij altijd gezond, alleen heeft ze 9 j. geleden 3 maanden te bed gelegen met heftige lendenpijnen, als spit.

Zij kreeg drie kinderen, waarvan 1 op jeugdigen leeftijd overleed aan t.b.c. Geen abortus. Tijdens zwangerschap was zij vrij van migraine. Somatische afwijkingen zijn niet gevonden. De lichaamsbouw geeft geen aanwijzingen voor bepaalde constitutie. Patiente is te kort onder poliklinische behandeling geweest om nauwkeurige bijzonderheden over haar karakter te kunnen geven; grove afwijkingen bestaan in dit opzicht zeker niet; zij is over het algemeen een rustige, bezonnen, evenwichtige vrouw, maar 't is niet onmo-

gelijk dat er toch een degeneratieve trek in haar karakteraanleg bestaat. De moeder van den vader leed aan hoofdpijnen (migraine?); de vader van patiente had driftaanvallen en was potator; een broer van patiente heeft driftaanvallen.

Aan de hoofdpijn-aanvallen van patiente vooraf gaat een periode van verdriet, dagenlang huilen, folie de doute, ook prikkelbaarheid en drift. In die dagen denkt en spreekt zij veel over suicide, en heeft ook éénmaal een serieus tentamen gedaan (gaskraan), dat slechts door een toeval verijdeld kon worden; dit geschiedde na een ruzie met haar man (het huwelijk is niet gelukkig).

Dit geval nadert tot de psychopathische toestanden, waarop boven gedoeld werd en die men wel met den naam epileptoïd bestempelt, echter met dien verstande, dat de aan het beeld ten grondslag liggende migraine-ontstemming zoowel tot den bovenbouw van een endogene depressie leidde, alsook de wijze van reageeren op de buitenwereld beïnvloedde.

Patiente V.-B., geb. 15 Nov. '98, stamt uit een over 't algemeen gezonde familie; de moeder leed aan migraine, de vader aan rheuma. Op haar 7de j. kreeg patiente een hoofdpijnaanval gepaard met braken en met dichtvallen van het l. oog. Daarna hield patiente om de 2 à 3 maanden vulgaire migraine. Op haar 14e j. werd zij door prof. Snellen geopereerd wegens acuut glaucoma simplex (links). Kort daarop kreeg zij weer een hoofdpijnaanval, waarna een totale oculomotorius-verlamming l. werd waargenomen.

In de daarop volgende 3 jaren kwamen dergelijke aan-

vallen nog 4 maal voor. Daartusschendoor en daarna kwamen geregeld om de 2 à 3 maanden de gewone migrainebuien, zonder oogverschijnselen.

In 1920 zien we in poliklinische aanteekeningen vermeld, dat nu en dan voorbijgaande zwellingen van lip, wang of oog optreden.

Na vele jaren vrij te zijn geweest van de ophthalmoplegische aanvallen, kreeg zij die na 1927 weer eenige malen terug.

In den loop der jaren werd patiente nu en dan overvallen door kortdurende buien van groote moeheid, onlust en verdriet, waarvan niet bekend is of ze in samenhang met de migraine bestonden, dan wel als aequivalenten optraden.

Begin '31 kwam patiente weer onder geregelde poliklinische behandeling wegens toenemende migraineklachten en toenemende depressie-verschijnselen, welke laatste nu wel in samenhang met de hoofdpijn optraden, niet zelden eraan vooraf gingen. Zij was dan overstelpt door moeheid en onlust, voelde zich overal te veel, was diep ongelukkig en had onstilbare huilbuien. Zelf duidde zij dit verdriet als heimwee; ze was nl. door een betrekking van haar man sinds eenigen tijd genoodzaakt om te gaan wonen buiten haar geboorteplaats, waar zij altijd gewoond had; zij voelde zich daardoor vergeten en verlaten en dwong doorloopend om weer terug te mogen naar de vroegere woonplaats. Inderdaad schijnt dit z.g. heimwee wel een zekere rol als psychogeen moment gespeeld te hebben en toen haar man dan ook verhuizing in uitzicht stelde, verbeterde haar toestand; daarna traineerde de zaak wat, patiente gaf zich (in aansluiting aan migraine-aanvallen) weer meer over aan haar verdriet, en deed op 26 IV '32 een suicidepoging (gaskraan open). Waarschijnlijk is deze poging niet heel

serieus geweest; het was vrij zeker, dat haar man, die slechts voor enkele minuten het huis uit was, de poging direct zou verijdelen, wat dan ook gebeurde.

Patiente, die van 1913 tot 1915 reeds 4 maal in de kliniek was verpleegd, werd nu wederom opgenomen, de depressie verdween spoedig, na in 't geheel ruim 2 weken geduurd te hebben; er werden, evenmin als vroeger, somatische afwijkingen gevonden, behoudens lichte, voorbijgaande ophthalmoplegische verschijnselen links. Bij lumbale punctie werd helder kleurloos vocht verkregen, de druk bedroeg 18 mm kwik; Queckenstedt +, snelle stijging tot 24 mm, gevolgd door vlotte daling; Nonne (I): neg.; Pandy: zwak +; aantal cellen per c mm: 5/3; mastix- en goudsolreactie geen afwijkingen; X-foto van den schedel: vrij groote sella turcica, waarvan de rug wat achterover staat.

Gedurende de klinische observatie maakte patiente een functioneelen indruk; reeds vroeger was dit dikwijls opgevallen, werden ook hysterische accessen bij haar waargenomen; herhaaldelijk bleek haar psychische toestand suggestief gemakkelijk beïnvloedbaar; met name bleek een zekere behoefte aan tot gelding te komen aanwezig, waaraan zij door hysterische mechanismen tegemoet kwam; ook het z.g. heimwee werd in dezen zin opgevat.

Toen patiente in Juni '31 ontslagen was en in haar geboorteplaats kwam te wonen, bleek het haar dat het „heimwee" toch niet de eenige oorzaak van haar verdrietige buien kon zijn; de hoofdpijnaanvallen traden als tevoren op, begeleid door hevige onlust, ongemotiveerd verdriet, huilbuien, taedium vitae. Eerst toen de, nu zeer intensief doorgevoerde, migrainetherapie eenig succes had, trad een definitieve verbetering van den psychischen toestand in; patiente verhuisde eind '31 weer naar buiten, maar het

„heimwee" bleef uit; slechts korterdurende migraine-aanvallen met eveneens zeer kortdurende lichte depressie zijn overgebleven.

Dit geval, dat wegens de uit klinisch oogpunt belangrijke symptomenrijkdom — migraine met recidiveerende ophthalmoplegie, glaucoom, Quincke's oedeem, depressie — wat uitvoeriger werd meegedeeld, toont den overgang van een endogene melancholie naar de hysterische depressie, beide gegroeid op den bodem van migraine.

Patiente v. S., 35 j., (Tabel No. 44) ongehuwd, is voor eenige jaren geopereerd wegens galsteenen; heeft altijd veel gesukkeld; heeft een zwak gestel. De moeder lijdt aan migraine, moeder's moeder zou toevallen gehad hebben; een zuster van de moeder en een zuster van patiente zelf lijden aan migraine; de vader is potator.

Patiente lijdt jarenlang aan éénzijdige hoofdpijnaanvallen, met algemeen ziek zijn, voorbijgaande zwellingen in het gezicht, een enkele maal met dubbelzien.

Patiente heeft een uitgesproken asthenischen habitus en een uitgesproken astenisch-depressieve constitutie. Allerlei moeilijkheden trekt zij zich overdreven aan; het potatorium van den vader, de vrij behoeftige omstandigheden waarin het gezin verkeert, zijn een druk op haar leven, waar zij zich nooit eens onderuit kan werken; vol insufficientiegevoel (ofschoon zij als naaister zeer capabel is), wil ze maar steeds in een klooster, omdat ze zich niet in staat voelt zich in de wereld te handhaven. Al dit insufficientiegevoel, de neiging tot klagen en huilen, vinden nu een vruchtbaren bodem in de migraine-dysphorie, waarbij komt, dat de aan haar migraine voorafgaande verhoogde sexu-

eele prikkelbaarheid tot masturbatie leidt, die een nieuwe bron voor zelfverwijten beteekent; een sterk doodsverlangen is het gevolg.

Dergelijke asthenische depressie's, veelal gebonden aan een asthenisch-degeneratieven lichaamsbouw, die een belangrijk deel van het migraine-materiaal levert, zijn bij de migrainelijders geen zeldzaamheid.

**§ 3. Migraine-manie.**

Hiervan valt mutatis mutandis hetzelfde te zeggen als van de depressies. Ook de, overigens in 't algemeen reeds zooveel minder dan depressies voorkomende maniakale toestandsbeelden, die zich bij de migraine kunnen voordoen, zijn gebouwd op veranderingen van de grondstemming, in casu echter op de zeldzamer zich voordoende verhooging van het vitaal gevoel.

Lust, verhoogde dadendrang, spreekdrang, vroolijkheid, opgewondenheid, lachbuien, verminderde slaapbehoefte kenmerken de hypomane en maniakale toestandsbeelden, die we in samenhang met, niet zelden vóór, de hemicranie kunnen waarnemen.

Reeds hierboven werd melding gemaakt van het door L. Bouman meegedeelde geval van een lijder aan migraine met verhoogde sexueele prikkelbaarheid en episodische homosexualiteit, waarbij een hypomaan stadium van eenige dagen bestond met duidelijken spreekdrang („je kletst veel meer in zulke dagen" viel hem zelf op).

W. H.-O. (Tabel No. 57). Ook bij de hierboven vermelde pyknica (blz. 59) gaat aan het typisch melancholisch syndroom een maniakaal getinte bui van „dolheid", opgewondenheid vooraf.

Bij Mej. J. v. d. B. (Tabel No. 96) worden de aanvallen door een hypomaan stadium ingeleid: gejaagdheid, overdreven vroolijkheid, slappe lach, opgewonden drukzijn, afgewisseld door booze buien.

Een soortgelijk beeld vertoont Mej. H. D. (Tabel No. 95).

Patiente A. R. (Tabel No. 120), wier ziektegeschiedenis later nog nader ter sprake komt, omdat haar beeld vnl. gekenmerkt is door bewustzijnsveranderingen, werd door ons eenige malen gezien in uitgespoken maniakalen toestand, in aansluiting aan migraine: voortdurend lachen, zingen, praten, dadendrang, afleidbaarheid, erotische opwinding, slapeloosheid.

Beschrijvingen van maniakale toestanden bij migraine vindt men nog bij Cornu en bij Mingazzini.

**§ 4. Migraine paranoia.**

Patiente A. S. (Tabel No. 118) 49 j., gehuwd, wordt eind '29 naar de polikliniek gestuurd wegens aanvalsgewijs optredende, kortdurende psychische veranderingen, die volgens den huismedicus interneering gewenscht zouden maken, ware het niet dat zij in den gewonen doen zoo goed is. Deze aanvallen zijn gekenmerkt door pathologische ijverzucht en andere waanideeën (vergiftigingswaan), agressief optreden, illusie's. Verder heeft de medicus bij haar waargenomen heftige migraine-aanvallen en (onafhankelijk hiervan) hysterische accessen, o.a. toestanden van z.g. bewusteloosheid, die bij krachtig toespreken verdwenen.

Patiente zelf, die in aanvalsvrijen tijd bij ons kwam, beklaagde zich over haar jaloerschheidsaanvallen, die ze „kleine razernijen", een ander maal „aanvallen van waanvoorstellingen" noemde en waarvan ze had opgemerkt dat deze verband hielden met haar migraine-aanvallen. Ook de

echtgenoot van patiente bevestigde dat de jaloerschheid optrad tijdens migraine-aanvallen.

Bij patiente, die in den loop der jaren onder onze polikliniſche contrôle bleef, zijn nimmer neurologische, noch andere somatische afwijkingen gevonden, behoudens een facialisasymmetrie t.g.v. een lichte contractuur links en verder een flinke adipositas.

Haar geschiedenis, voor zoover die uit de gegevens van patiente zelf, haar echtgenoot en verschillende huismedici viel op te stellen, komt in het kort op het volgende neer.

Patiente is de 5de van 12 kinderen, stamt uit een gezond geslacht, waarin geen familiaire ziekten bekend zijn, met name geen zenuwziekten of krankzinnigheid, geen epilepsie, geen allergische of stofwisselingsziekten. De moeder leed aan migraine, was een flinke, zorgzame vrouw, die geheel opging in de liefde voor haar gezin, echter driftig van aard was; zij overleed aan pneumonie. De vader was een stille, gevoelige man, die moeilijkheden nooit goed verwerken kon; hij overleed op 62-jarigen leeftijd aan apoplexie. Toen patiente 10 j. oud was, trof haar vader een zoo zware financieele slag, dat het gezin plotseling genoodzaakt was op uiterst eenvoudige wijze te gaan leven, zoodat ook patiente een heel andere opvoeding kreeg, dan haar aanvankelijk was toegedacht.

Dit gedwongen zijn te leven op een lager maatschappelijk niveau dan waarop zij eigenlijk meende te hooren, is voor patiente, die altijd wat trotsch geweest is op haar afkomst, niet vrij is van een onmiskenbaren *geldingsdorst*, steeds een schaduw op haar leven geweest; dit heeft ook later een rol gespeeld in haar huwelijksconflicten en in heel haar verbitterde levenshouding.

Op school (kostschool) kon zij heel goed mee; vooral

in wiskunde blonk zij uit. Zij paste zich gemakkelijk aan in een vreemde omgeving, had veel vriendinnetjes. Ze was een driftig kind; kon nooit onrecht verdragen, echter blijkt uit de voorbeelden, die zij zich hierover weet te herinneren en die nog onder zeker affect gereproduceerd worden, dat deze verontwaardiging vnl. bestaan heeft bij (vermeend of werkelijk) onrecht t.o.v. haarzelve; valsche beschuldigingen, ongerechtvaardigde standjes, draaien om de ooren, ze vergeet het haar heele leven niet. Hier schuilt dan wellicht de asthenische component (erfenis van den vader) in dit overigens sthenisch karakter (in den zin van Kretschmer).

Na van haar 17de tot 23ste jaar thuis geweest te zijn, kreeg zij tot haar 27ste jaar een opleiding tot verpleegster. In dien tijd valt een episode, die zij als een soort liefdesverhouding voorstelt, maar die het niet onwaarschijnlijk alleen in haar eigen oogen geweest is; een medicus, een „hartstochtelijk iemand", zou van haar gehouden hebben, maar als hier nader naar geïnformeerd wordt blijkt, dat ze daar nooit bewijzen van gehad heeft, maar dat ze het wel kon merken aan zijn oogen; zij van haar kant zou niet op zijn uitnoodigingen hebben willen ingaan, o.a. omdat hij denzelfden naam droeg als de man die door zijn financieele manipulatie's haar vader ongelukkig gemaakt had; toen ze een tijd later voor een examen zakte, zag ze daarin een wraak van dien medicus, verliet daarom het ziekenhuis en ging naar een ander.

Dergelijke episodes zijn kenmerkend voor haar karakter; zij demonstreeren de met het sthenisch karakter overeenkomende neiging om de oorzaak van échecs in het leven nooit in zichzelf maar altijd in de buitenwereld te projecteeren, demonstreeren de mechanismen die geactiveerd

worden om aan het zelfgevoel tegemoet te komen, aan de behoefte om tot gelding te komen te voldoen (het maatschappelijk niveau van den medicus is dat waar zij zich thuis acht), tenslotte haar neiging tot betrekkingsideeën.

Haar neiging tot driftbuien (die zij met haar moeder en met verschillende broers en zusters gemeen heeft), haar neiging tot kwalijk nemen, recht zoeken, haar strijdlust, staan in tegenstelling tot de goedige, gevoelige zijde van haar wezen en haar, door een zekeren zin voor humor bevorderden, gezelligheidszin. Dergelijke karakterantinomieën (H o f f m a n) doen soms de vraag rijzen of, hoe gelukkig een huwelijk ook moge zijn doordat de echtgenooten een totaal verschillenden, elkander in hun tegenstelling zoekenden, karakteraanleg bezitten, het voor de kinderen wel zoo'n zegen beteekent, wanneer deze in hun geërfde constitutie eigenschappen moeten vereenigen die, psychologisch gesproken, onmogelijk tot een harmonische karakterstructuur aaneengevoegd kunnen worden.

De meer asthenische, zachtere zijde van haar karakter, waarmee ze door haar tegengestelde eigenschappen in den omgang met de menschen niet veel verder kwam, uitte zich bij patiente o.a. in een, later tot dweperij ontaardende, liefde voor dieren. Bovendien wilde zij haar gevoeligheid gaarne tot een diepzinnige fijngevoeligheid cultiveeren, maar dat lukte niet; ze heeft een heel album aangelegd van allerlei mooie spreuken en levenswijsheden van anderen, waarmee ze meende een geheel eigen ethisch gevoelsleven te hebben opgebouwd. Toen haar dan later, ongeveer in den tijd dat ze onder onze behandeling kwam, de levensonvatbaarheid bleek van al dit doode, geleende materiaal, leidde deze teleurstelling tot verbittering en apathie, waartoe het inmiddels ingetreden climacterium een geschikten biologi-

schen ondergrond leverde: ze bleef 's morgens tot 11 uur in bed liggen, verwaarloosde haar huishouden en haar kleeding, voelde zich versuft, beklaagde zich over de nutteloosheid van haar leven, gebrek aan belangstelling, de spreuken zeiden haar niets meer. In zooverre hier een sterke uitingsbehoefte bij de armoede aan uitdrukkingsmogelijkheid bestond, beantwoordde haar karakter aan het hysterisch karakter in den zin van K l a g e s.

Nadat patiente op haar 27ste jaar haar verpleegstersdiploma behaald had, werd zij particulier verpleegster en was tusschen haar verplegingen in altijd thuis tot haar 36ste jaar. Aan trouwen dacht ze niet, omdat ze het „thuis veel te gezellig had". Er heeft in dit gezin altijd een sterke familieband bestaan en met name bij patiente een sterke gehechtheid aan de ouders.

Toen nu door het huwelijk van de kinderen — de vader was inmiddels overleden, de moeder ging bij een zuster van patiente inwonen — het gezin uit elkaar gevallen was, huwde patiente, na een ongelukkige, niet diepgaande liefde met een medicus, deels misschien uit dépit, deels om getrouwd te zijn, een bijna 20 jaar ouderen weduwnaar, wiens eerste vrouw zij een aantal jaren geleden verpleegd had.

Van het sexueel verkeer kwam niet veel terecht (vaginisme) en patiente was direct bereid deze mislukking aan haar man te wijten, voor welk verwijt zij in haar latere ijverzuchtswaanvoorstellingen rijkelijk voedsel vond. Het was natuurlijk a priori duidelijk dat bij dit onevenwichtig karakter, een huwelijk op deze basis, geen idylle beloofde te worden. En de migraine, zoo vaak de morose comparant in het gevolg van psychische conflicten, en die vóór haar huwelijk slechts nu en dan was opgetreden, werd nu al

spoedig een hevige en veelvuldige kwelling (ongeveer iedere paar maanden, soms in samenhang met de menses, maar niet altijd).

Ofschoon patiente haar heele leven veel klachten had, die veelal een hysterisch-hypochondrisch karakter droegen, was haar gezondheidstoestand over 't algemeen goed. Op haar 25ste jaar onderging zij een blindedarmoperatie, op haar 27ste jaar kreeg ze in samenhang met een migraine-aanval een linkszijdige facialisverlamming (migraine facio-plégique?), die later door een licht spasme gevolgd werd; op haar 40ste jaar werd een neusoperatie verricht, met de bedoeling haar migraine gunstig te beïnvloeden, welke ingreep gedeeltelijk succes had.

De migraine-aanvallen gingen gepaard met braken en met vluchtige zwellingen in het gelaat en van den handrug; verder met enorme prikkelbare ontstemming en neiging tot driftbuien, veelal reeds eenigen tijd aan den hoofdpijnaanval voorafgaande. Ook zwaar slapen en onrustig droomen behooren tot de voorboden.

Wanneer zij dan, dysphoor, met een gevoel van algemeene malaise en een gevoel van groote vereenzaming, dat vaak zoo typisch is voor de migraine, te bed lag, ging haar man, die eigenlijk getrouwd was om een rustig verzorgd leven te krijgen en na het langdurig ziekbed van zijn eerste vrouw meer dan genoeg had van zieke echtgenooten, maar liever uit wandelen, mede om der lieven vrede wille; hij ging op zulke dagen vroeg uit en kwam later thuis dan hij gewoon was. Patiente dacht dan: hij gaat maar uit en laat mij maar liggen; thuis lag je nooit alleen als je ziek was; wie weet waar hij heen is. En op een dag dat ze weer met migraine te bed lag, schoten plotseling op dezen voorbeschikten bodem, voorbeschikt door

een zeker gevoel dat er iets niet pluis was om haar heen, een zekere waanstemming, schoten de waanvoorstellingen op, die later een vrij constant begeleidend phenomeen van haar hemicranie zouden worden. De onomstootelijke overtuiging vatte post, dat haar man het met een ander hield; uit allerlei teekens en allerlei vreemdheden in zijn gedrag begreep zij de waarheid, op een wijze waartoe alleen de jaloerschheidswaan de menschen in staat stelt. Rammelde 's avonds een luik, meende zij een geluid in den tuin te hooren, dan was het „die meid" die om het huis liep; gingen de buren naar bed, dan wilde „dat mensch stiekum binnendringen". Herhaaldelijk proefde zij iets vreemds in de thee, in de melk: ze werd vergiftigd, het gif diende om haar migraine te bezorgen, zoodat haar man vrij spel kon hebben, soms diende het vergif om te maken dat er in dit huwelijk geen kinderen zouden komen. Heftig scènes met vechtpartijen waren het gevolg van deze overtuiging.

Een aantal dagen later had patiente ziekte-inzicht, herkende zelf haar „aanvallen van waanvoorstellingen", haar „kleine razernijen".

Eenige malen heeft patiente opgemerkt, dat deze aanvallen niet gepaard gingen met hoofdpijn, maar toch voelde zij zich in zulke dagen anders, terwijl ook de vluchtige zwellingen, als boven beschreven, verschenen.

De migraine luisterde niet naar medicamenteuse behandeling, of liever patiente zelf luisterde niet, was nooit tot een energiek doorgevoerde kuur te krijgen. Ze was tevreden met de geruststelling dat ze niet krankzinnig zou worden en dacht nu, dat het wel vanzelf over zou gaan. Het ging ook van zelf over. In den loop van het jaar '30, toen de menses ophielden, begonnen de hoofdpijnaanvallen en daarmee ook de episodische jaloerschheidswaanvoorstellin-

gen geleidelijk minder erg en minder frequent te worden.

Het huwelijk is er echter niet gelukkiger op geworden; de boven reeds beschreven psychische veranderingen, apathie vooral, met als gevolg verwaarloozing van de huishouding, zijn op den voorgrond gekomen, terwijl nu en dan flinke driftbuien de apathie onderbreken. In de laatste maanden zijn er weer voorstellingen opgedoken, die aan beginnende waanvorming doen denken; nu niet aanvalsgewijs optredende en niet systematische doch meer diffuse waanvorming (meent het kind van Lindbergh op het spoor te zijn, vertrouwt haar stiefdochter niet).

De migraine is practisch verdwenen. De mogelijkheid dient onder het oog gezien, dat andere vegetatieve evenwichtsschommelingen dan de migraine, nl. van het climacterium afhankelijk, nu een soortgelijke psychische alteratie teweegbrengen.

Met opzet is de geschiedenis van deze patiente wat uitvoeriger meegedeeld, omdat anders geen inzicht kon worden gegeven in den invloed, dien de karakterstructuur in dit geval had op de vorming van het syndroom, waarmee haar migraine-aanvallen gepaard gingen.

Een hysterische psychopathe van overwegend sthenisch karakter (met asthenische componenten), driftig, strijdzuchtig, kwalijknemend (zonder te kunnen vergeten), paranoïd ingesteld tegenover de omgeving, lijdt aan migraine, die door een prikkelbaar gedrukte dysphorie gekenmerkt is; bovendien zien wij op een gegeven oogenblik de grondstemmingsverandering gepaard gaan met een door karakter en uiterlijke omstandigheden bevorderde vorming van een waanstemming, waarop wederom, episodisch, een syndroom gebouwd blijkt, dat aan den jaloerschheidswaan volkomen beantwoordt.

Hoezeer nu ook hier milieu, omstandigheden en karaktereigenschappen tot begrijpelijk maken van den inhoud dezer psychosen kunnen bijdragen, hun werkzaamheid blijft pathoplastisch (in casu psychoplastisch) en praeformeerend — in den zin van Birnbaum. Immers zou men geneigd zijn het anders te zien, hun een pathogenetische rol toe te kennen, dan is toch in de eerste plaats het verloop daar — het episodische, zoo sterk imponeerend als direct gebonden aan biologische processen — dat ons huiverig maakt om in deze 2-maandelijksche korte waanperiode de telkens voor een week apert wordende ontwikkeling van een persoonlijkheid (in den zin van Jaspers) te aanvaarden. In de tweede plaats echter kan men, naar analogie van andere gevallen van pathologische jaloerschheid en andere paranoia-vormen, aannemen, dat een dergelijke waanvorming niet zonder meer in het kader van een persoonlijkheidsontwikkeling past, dat er toch altijd wel iets bijkomt — L. Bouman wijst er nadrukkelijk op — iets, dat in de waanstemming die over den lijder vaardig wordt reeds gegeven is, het procesmatige, dat we moeten aanvaarden om den sprong in de psychose te verklaren.

Wat is het, dat in ons geval het proceskarakter aan de episoden van patiente verleent? We zien het optreden in samenhang met en afhankelijk van een vegetatieve regulatie-verandering, zich afspelend in de grenszône van het vegetatieve en psychische gebied, en primair rakend het levensgevoel zelf. Zoo al niet op één lijn te stellen met de grondstemmingsveranderingen, is toch de zoogeheimzinnige waanstemming er niet onwaarschijnlijk direct aan gekoppeld te denken. Wanneer dan L. Bouman terecht dit iets, dat de psychose ontketent, zoekt in wat hij de vitale laag van onze psyche noemt, dan achten wij ons wel gerech-

tigd in ons speciale geval aan dit iets den naam migraine te geven.

Waarmede gezegd is, dat de migraine in dit geval pathogenetisch is.

Het is ons gebleken, dat de vorming van een paranoïd syndroom op den bodem van migraine meer voorkomt.

J. J. W. (Tabel No. 71) man van 29 j., werd voor het eerst naar de polikliniek gestuurd in Aug. '30 wegens kortdurende buien van psychische abnormaliteit. Het bleek, dat deze buien, die om de paar weken optraden en eenige uren tot een halven dag duurden, hem in dien tijd belettende om behoorlijk dienst te doen (hij was destijds bij de maréchaussée), optraden tijdens hoofdpijnaanvallen, die zonder twijfel als migraine te duiden zijn.

Ongelukkigerwijze weet patient, die al jaren lang geisoleerd van zijn familie leeft, heel weinig gegevens aangaande de herediteit te leveren, terwijl het ons ook langs anderen weg niet gelukt is volledige inlichtingen in te winnen.

Een broer van patient heeft buien van zwaarmoedigheid en suicide-neiging, bovendien heftige hoofdpijnaanvallen. Een andere broer is chronisch gestichtspatient in België; patient weet niet waar.

De vader van patient bevindt zich sinds zijn 43ste jaar in gestichtsverpleging, nadat hij in een soort deliranten toestand zijn vrouw doodde. Aanvankelijk is deze verwardheidstoestand als een epileptische schemertoestand beschouwd, ofschoon in de ziektegeschiedenis van het gesticht, loopend over 12 jaren, niets van epileptische insulten meegedeeld staat. Van dezen man wordt vermeld dat hij

zich vreemd, gemaniereerd en autistisch gedraagt, tegelijk apathisch en prikkelbaar is, zeer paranoïd met vervolgingswaanideeën, vaak dreigend en gevaarlijk agressief, vaak ook verward onrustig, terwijl hij tenslotte als paranoïde, verwarde dementia praecox geboekt staat.

Patient zelf zou altijd gezond geweest zijn, afgezien van zijn tegenwoordige klachten. Wij hebben bij hem geen neurologische of andere somatische afwijkingen kunnen vinden. Hij heeft een pyknischen habitus.

Hij zou over 't algemeen een opgewekte, gemoedelijke, zich makkelijk aanpassende man zijn.

Voor zoover wij hem hebben leeren kennen, maakte hij een syntonen indruk.

De hoofdpijnaanvallen treden sinds ruim 20-jarigen leeftijd circa 1 maal in de 14 dagen op, en gaan meestal gepaard met dubbelzien, en slaapregulatiestoornissen; de pijn zelf duurt niet lang, b.v. een halven dag, één nacht.

Reeds voorafgaande aan den hoofdpijnaanval trad een gedrukte stemming, een zwaarmoedigheid op, die geleidelijk erger werd en gepaard ging met heftige huilbuien, een gevoel van uiterste vereenzaming, van nietswaardigheid en sterke suicideneiging; bovendien werd hij tijdens den aanval zeer vergeetachtig, tenslotte heelemaal suf en leefde als in een droom, waarvan hij zich later soms heel weinig herinnerde. Eindelijk trad in den tijd, waarin patient bij ons kwam, een tijd van over-inspanning doordat hij vaak dag en nacht zat te „blokken" voor een examen, een merkwaardig syndroom op: dezelfde syntone gemoedelijke man, die graag zijn dienst deed, nooit bezwaren had of klachten over zijn superieuren, kreeg homicide neigingen, werd strijdzuchtig, rechtzoekend, wond zich op over allerlei vermeende wantoestanden in den dienst, onredelijke klachten over zijn

superieuren, uitte dreigementen en schreef tenslotte, als een echte querulant, brieven hierover aan ministers en aan de koningin. Eenige uren later, als de aanval voorbij was, kon hij zich nog eenigszins herinneren wat hij in zijn droomtoestand gedaan had en was nog juist in de gelegenheid om zijn eigen brieven te onderscheppen.

Later toen de tijd van overwerking voorbij was, hij in een andere betrekking kwam, in een andere streek, verminderden de aanvallen spoedig in hevigheid, de querulante episoden bleven uit en tegenwoordig bestaan nog slechts matige hoofdpijnaanvallen, gepaard met wat sufheid, soms met huilbuien.

Dit geval, dat, beoordeeld naar de bewustzijnsveranderingen, tot de schemertoestanden behoort, vindt, beoordeeld naar den ideo-affectieven inhoud der psychose, hier een plaats, omdat met groote wetmatigheid steeds een zelfde, zij het symptoomarm, paranoïd systeem naar voren komt. Het is een syndroom dat alleen door de migraine wordt opgewekt, waarvan in den aanvalsvrijen tijd niets blijft en dat ook niet te vergelijken is met de min of meer toevallige agressieve neigingen en de diffuus paranoïde instelling, die iedere delirante toestand zou kunnen meebrengen. Dit syndroom staat hier nàást de bewustzijnsverandering.

**§ 5, Migraine-schemertoestanden.**

Treedt de migraine-schemertoestand slechts relatief zelden op — M. Ulrich vond op *500* migrainegevallen *2* uitgesproken schemertoestanden — toch heeft deze altijd gegolden als de vorm bij uitstek, waarin de migrainepsychose zich voordoet.

Om een voorbeeld te noemen: Flatau verzamelt uit de litteratuur en uit eigen waarneming een *60*-tal migraine-psychosen, waarvan de overgroote meerderheid gevormd wordt door diè vormen, waarbij bewustzijnsveranderingen het beeld beheerschen.

Nu is het wel gewenscht de statistiek van Flatau eenigermate te besnoeien. Er zijn *8* gevallen bij, die door hun voorgeschiedenis of door hun toestandsbeeld, zeker of waarschijnlijk tot de epilepsie te rekenen zijn, n.l.: geval *2* van Sciamanna, geval *1* (pat. F.) en *2* (pat. G.) en *7* van Mingazzini, één geval van Mitchell, geval *4* en *5* van Cornu en één geval van Hoeflmayer. Ook zijn er *6* andere gevallen bij, waarvan de diagnose genuine migraine ons niet zeker voorkomt of het oorzakelijk verband van migraine en psychose niet overtuigend: geval *9* (lues) van Mingazzini, geval *5*, *8* en *11* van Krafft-Ebing, één geval van Féré en geval *6* van Cornu. Er blijven dan nog *46* gevallen over, waarvan *34* met duidelijke bewustzijnsstoornissen (delirante opwindingstoestanden, bewusteloosheid, amnesie) en *12* zonder, of vrijwel zonder deze.

Deze *12* gevallen zijn te onderscheiden in twee groepen. De eene groep is vnml. gekenmerkt door eigenaardige verschijnselen in de visueele spheer, zooals die later nog een korte bespreking zullen vinden, de andere groep door overwegend in de affectieve spheer optredende stoornissen, daardoor aansluitend bij hetgeen reeds over de migraine-ontstemmingen en daarmee samenhangende migraine-psychosen betoogd werd. Wij achten het daarom niet onbelangrijk een korte vermelding van deze *12* gevallen hier in te lasschen.

*Geval 10* van Mingazzini betreft een 37-jarige vrouw, bij wie op het hoogtepunt van migraineaanvallen lichtver-

schijnselen optreden, vonken, sterren, en die bij heftige aanvallen visioenen ziet van griezelige gestalten (geen bewustzijnsverandering).

*Geval 11* van Mingazzini is ook een 37-jarige vrouw met bilaterale hoofdpijnaanvallen; zij ziet dan rook, vonken, sterren en wanneer de hoofdpijn toeneemt (alleen 's nachts) afschuwelijke menschen.

*Geval 12* van Mingazzini. Een 51-jarige man heeft aanvallen van „permanente hemicranie", waarin crisen optreden met gezichtsstoornissen in den vorm van visioenen (allerlei kleine voorwerpen); verder ook naast polyopie en talrijke vegetatieve stoornissen, lichte verwardheid en motorische aphasie; geen amnesie. Tijdens de periode van permanente hemicranie (20 dagen tot 2 maanden) is patient depressief.

*Geval 2* van Krafft-Ebing. Een 55-jarige vrouw, lijdend aan migraine ophthalmique, ziet tijdens de heftige hoofdpijnen allerlei caricaturen. Daarna zou ook een zekere verwardheid optreden, althans een vreemd, zinneloos gevoel; geen bewustzijnsverlies.

Bordoni vermeldt een geval van migraine ophthalmique bij een 36-jarige vrouw, wier aanvallen gepaard gaan met het zien van dieren, mannen met messen, afgesneden hoofden; verder zou ze ook stemmen hooren, ook aphasie, paraphasie en halfzijdige paraesthesieën hebben. Herinnering volledig behouden.

*Geval 5* van Flatau betreft een 25-jarige migrainelijdster, wier aanvallen voorafgegaan werden door gezichts- en reukhallucinatie's van droevigen inhoud (zag dooden, rook kaarsenlucht).

In een geval van Mingazzini (door Flatau verkeerd geciteerd als te zijn van Wood) traden bij een 22-

jarigen man, tijdens heftige migraineaanvallen visioenen op en 3 maal werd een aanval gevolgd door een maniakalen opwindingstoestand. Alleen de 3e aanval eindigde met een suicide-poging en daarvoor bestond amnesie.

*Geval 3* van Kovalevsky is gekenmerkt door aan migraineaanvallen voorafgaanden ongemotiveerden angst (verg. ons geval tabel No. ...).

*Geval 3* van Buringh Boekhoudt. Een 26-jarige man met migraineaequivalenten in den vorm van periodieke melancholie (duur 4—5 dagen).

*Geval 1* van Cornu. Een 38-jarige vrouw met migraine ophthalmique sinds haar 7e jaar, wordt tijdens een heftigen aanval duizelig, raakt in opwinding, krijgt lachkrampen, slaat platte taal uit; zij is zich hiervan bewust.

*Geval 3* van Cornu. Bij een 48-jarige vrouw traden tijdens migraineaanvallen herhaalde malen maniakale toestanden op; andere keeren melancholische met zondewaan.

*Geval 7* van Cornu, betreft een 33-jarige vrouw met migraine-aequivalenten in den vorm van angstaanvallen, melancholische toestanden met vervolgingsideeën.

Keeren wij van dezen zijweg terug tot de beschouwing van de plaatsbepaling der schemertoestanden in de migrainepsychosen.

Mingazzini meent, dat het wezen van de „dysphrenia hemicranica" daarin bestaat, dat 1e) de hemicranie aan het optreden van gezichtsstoornissen voorafgaat en niet er op volgt, en 2e) een streng parallelisme aanwezig is tusschen de intensiteit van de hemicranie en het optreden eerst van gezichtsstoornissen, dan van de psychische stoornis. Want in die mate, waarin de hemicranie toeneemt, zou het van de waarneming van lichtverschijnselen ten slotte

komen tot echte gezichtshallucinatie's, verlies van bewustzijn en daarmee gepaard gaande psychomotorische reactie's.

Aan deze strenge eischen voldoen talrijke, door Mingazzini verzamelde gevallen, maar lang niet alle, neem bijv. ons boven beschreven geval F. (tabel No. 71), zonder visueele prikkelingsverschijnselen, neem het door Brackmann vermelde geval. Aan deze moeilijkheid komt Mingazzini tegemoet door te spreken van de gesyncopeerde variëteit van dysphrenia hemicranica, met welke tegemoetkoming hij zijn eigen stelling wel wat verzwakt.

Die gevallen, waarbij het blijft bij hallucinaties van plastische figuren, noemt Mingazzini abortief-vormen.

Hoe het zij, wij stemmen met Mingazzini overeen hierin, dat die gevallen, waar het tot bewustzijnsveranderingen komt, tot de zware migrainegevallen behooren; het heele ziektebeeld draagt een ernstig karakter en daar, waar de schemertoestand intreedt is de aanval, niet zelden waarschijnlijk ook de ermee gepaard gaande pijn, op een hoogtepunt gekomen. Dit past heel goed in het kader van onze overwegingen en het vermoeden dat daar, waar bewustzijnsstoornissen optreden, de zetel der migraine zich verder heeft uitgebreid, zoodat nu naast de grondstemmingsanomalieën, ook deze stoornissen tot het kernsyndroom zijn gaan behooren, waarna op deze, eveneens primaire, psychische verandering zich een schemertoestand kan opbouwen.

Men zou kunnen beweren, dat de heele schemertoestand een uitbreiding van de migraine zelf is en dat daarom juist deze vorm den naam migraine-psychose eerst recht verdient. Maar met een verergering van sufheid en vergeetachtigheid,

zooals men die bij vulgaire migraine kan aantreffen, is nog geen schemertoestand bereikt, evenmin als verergering van migraine-dysphorie een depressie beteekent; en wij vragen ons af, of niet, analoog aan de reeds beschreven vormen van migraine-psychosen, ook de schemertoestand een bovenbouw is. Wij meenen dat oòk de schemertoestand nog een afzonderlijk, in de constitutie gegeven moment eischt.

De door Kleist aangetoonde verwantschap van de migraine-schemertoestanden met andere episodische droomtoestanden, het door Ranzow beschreven migrainegeval, dat een overgang vormt tot de „periodische Dämmerzustände unklarer Herkunft" van Schröder, leveren voor deze opvatting van het bestaan van een constitutioneelen factor, steun.

Zooals nu de hiervoor besproken vormen van migrainepsychosen in verband met de migraine-stemmingsanomalieën geconstrueerd te denken waren, zoo zijn de migraineschemertoestanden te beschouwen als gebouwd op een verlengstuk van de migraine, n.l. de bewustzijnsveranderingen.

Deze hebben daarom niet meer dan eerstgenoemde vormen, recht op den naam migraine-psychose.

Uit ons materiaal kunnen we hiervan, behalve het geval F. (tabel No. 71), dat een matig uitgesproken droomtoestand vertoonde, nog *2* voorbeelden geven.

Het eerste is het reeds terloops genoemde geval A. R. (tabel No. 120), een meisje van 19 jaar, dat op 28 XII '29 voor 't eerst naar de polikliniek gezonden werd, omdat ze sinds een week vreemd geworden was. Het was begonnen met hoofdpijn in het voorhoofd en slapeloosheid. Geen gezichtsstoornissen; wel kon ze de oogen niet goed open krijgen. Ze werd na korten tijd opgewonden en verward, begon te zingen en met de armen te zwaaien, ging midden in

de kamer urineeren, sloeg haar zusjes, trok hun kleeren kapot.

Deze bui ging over, maar herhaalde zich na eenige dagen. Of hier eenig parallelisme met weder verergerende hoofdpijn bestaan heeft, kan niet worden vastgesteld.

Daarna volgden eenige dagen, waarin ze bijna voortdurend sliep.

Patiente maakte op de polikliniek een afwezigen, droomerigen indruk, nam allerlei voorwerpen op, speelde er doelloos mee, en was nauwelijks toegankelijk voor toespreken, ofschoon ze soms een juist antwoord gaf. Van hallucinaties is niets gemerkt.

Er werd klinische observatie aangeraden wegens acute psychose, doch toen patiente na eenige dagen in de kliniek werd opgenomen was ze rustig, vriendelijk, bezonnen, goed georiënteerd; klaagde nog over hoofdpijn. Voor den doorgemaakten toestand, althans voor de laatste week, bestond amnesie.

Bij patiente werden geen somatische afwijkingen gevonden, behoudens zadelneus en een wat infantielen, dysplastischen habitus. Wa. R. neg.

Van de familieanamnese konden we niet veel te weten komen, alleen bleek, dat de vader kwartaaldrinker is, de moeder aan typische migraine lijdt; patiente is de 5e van 10 kinderen, waarvan 2 op jeugdigen leeftijd overleden, terwijl de overigen gezond zijn.

In de volgende jaren werden nu herhaalde typische migraineaanvallen waargenomen met eenzijdige hoofdpijn, algemeen ziek zijn, misselijkheid, duizeligheid, soms alleen vergezeld van slapeloosheid en humeurigheid, soms ook leidend tot maniakale opwindingstoestanden en tot schemertoestanden als boven beschreven.

Veelal bestond volledige of gedeeltelijke amnesie.

Zoo bijvoorbeeld werd zij in October '30 van de fabriek, waar zij werkt, naar huis gezonden, omdat zij over heftige hoofdpijn klaagde en lastig werd, overal aan zat, begon te zingen en onbehoorlijke taal uitsloeg.

Zij kwam op de polikliniek, zag er ziek uit, vertoonde dwanggapen, was licht gedesoriënteerd en zeer sterk erotisch geprikkeld. Nadat ze een week in de war geweest was, af en toe incontinent, overdag zeer veel geslapen had, doch 's nachts onrustig was, terwijl ze een opvallende snoepzucht vertoonde, kwam patiente in volkomen normalen toestand weer op de polikliniek en herinnerde zich van de afgeloopen week niets anders als een drang om bezig te zijn.

Een ander maal, in April '31, vertoonde patiente een soortgelijk beeld, nu merkwaardig door de optredende hallucinaties. Ze had een week lang eenzijdige hoofdpijn gehad, met slecht slapen 's nachts, veel slapen overdag, onrustige droomen; ze was rusteloos, lusteloos en afwezig. Toen volgde, nadat ze 2 dagen lang voortdurend geslapen had, weer een bui van zingen, zwaaien, voortdurend in de weer zijn en nu gepaard met het zien van beestekoppen, koeien en andere dieren. Den dag daarop zakte de bui af en had patiente een geweldige behoefte aan zoetigheid.

Dit is ongetwijfeld een typische migrainepsychose. Ook de aard der hallucinaties komt overeen met Mingazzini's beschrijving der dysphrenia hemicranica, al wordt de volgorde niet streng in acht genomen op de wijze zooals Mingazzini dat eischt. Van belang echter is hier de herediteit: de moeder is migrainelijdster; de vader, aan wien patiente niet onwaarschijnlijk de constitutioneele praedis-

positie te danken heeft tot den vorm waarin haar migraine-psychose zich voordoet, is kwartaaldrinker.

Merkwaardig is ten slotte nog de driftmatige behoefte aan zoetigheid, wat we ook bij een diencephalosegeval van Ratner beschreven vinden, waarbij deze wijst op de analogie met de behoefte aan zout en zuur, door Simons bij migraine beschreven.

Ons 2e geval, E.-R. (tabel No. 77), betreft een gehuwde vrouw van 44 jaar, die reeds vroeger vaak hoofdpijnen had, en in de laatste jaren in toenemende mate aan migraine lijdt.

In de familieanamnese is, voor zoover bekend, niets bijzonders, alleen is een zoon van patiente onder onze behandeling geweest wegens schrijfkramp, die optrad onder invloed van zenuwspannende omstandigheden (examen e.d.).

Somatische afwijkingen werden bij patiente niet waargenomen.

De hoofdpijnaanvallen gaan gepaard met sterretjes zien en braken. Migraine rouge.

Gemiddeld eenige malen per jaar neemt de migraine een zeer heftig karakter aan. Patiente gaat dan naar bed met algemeen ziek gevoel en hoofdpijn, die meestal rechts achter begint; ze slaapt dan soms eenige dagen en nachten achter elkaar, wordt dan verward wakker, praat onzin, herkent de omgeving niet. Soms wordt de slaapperiode zelf onderbroken door wilde buien, waarbij ze met geweld in bedwang gehouden moet worden.

Aan een aanval vooraf gaat een tijd van neerslachtigheid, lusteloosheid, prikkelbaarheid, groote moeheid.

In Febr. '31 trad een dergelijke bui op, die 3 dagen duurde en met hevige motorische onrust en agressie-

ve neigingen gepaard ging: ze zag in haar man een moordenaar, wilde hem te lijf.

In Mei '31 had ze weer een aanval met minder hevige opwinding, nu voorafgegaan door dwangmatig lachen. Ze sliep toen 24 uur.

In April '32 trad een aanval op, waarbij ze een heele linnenkast uithaalde om te gaan wasschen, en een enormen bezigheidsdrang vertoonde. Ze was te voren 2 dagen ziek met achterhoofdspijn, sterretjes zien, veel braken. Na afloop vrijwel volledige amnesie.

Ook hier een migrainepsychose, waarbij een zeker parallelisme bestaat tusschen het optreden van den verwardheidstoestand en de intensiteit van de hoofdpijn; echter waarschijnlijk geen hallucinaties, al kan men hierover, wegens de amnesie, niet met zekerheid oordeelen. Een gesyncopeerde vorm in den zin van M i n g a z z i n i.

**§ 6. Migraine-hallucinose.**

Zooals wij de schemertoestanden gebouwd dachten op een uitbreiding van het primair door de migraine ingenomen gebied, op een verlengstuk van de migraine, de bewustzijnsveranderingen, zoo is er een ander syndroom, dat men zich op een ander verlengstuk gebaseerd kan denken, n.l. op de visueele prikkelingsverschijnselen, die de z.g. migraine ophthalmique kenmerken.

Behooren de visueele verschijnselen tot de meest bekende in het migraine-syndroom, een voornamelijk onder invloed van L i v e i n g verworven bekendheid, men vergete niet, dat deze toch maar relatief zelden voorkomen; F l a t a u vond bij een groot materiaal van 500 migraine-geval-

len slechts in 12 % ophthalmische migraine, Moebius op 130 gevallen 14 maal.

Het heeft geen zin, hier in te gaan op de oude strijdvraag, waar deze verschijnselen gelocaliseerd zijn, een vraag, die men in den lateren tijd meer en meer geneigd is in dien zin op te lossen, dat een corticale prikkeling in vele gevallen waarschijnlijk is. Wij willen er slechts op wijzen, dat dergelijke verschijnselen niet noodzakelijk altijd een schorsprikkeling behoeven te zijn en onder omstandigheden ook door prikkeling van andere plaatsen van de optische banen, bijv. van den tractus opticus, resp. van corpus geniculatum laterale of pulvinar kunnen opgewekt worden (Jolly).

Het zijn nu deze laatste localisaties der prikkeling, die men vermoeden kan in die gevallen, waarin het onder bepaalde voorwaarden tot hallucinatoire toestandsbeelden komt.

Deze beelden n.l. — wanneer wij afzien van die uitgesproken migraine-psychosen, met name delirante toestanden, waarbij echte hallucinaties optreden, dank zij de psychotisch veranderde persoonlijkheid — dragen een heel merkwaardig eigen karakter.

Geven wij enkele voorbeelden:

Geval No. 106 is dat van een migraine-lijdster, bij wie, na gewone aura-verschijnselen van slechtzien, sterren-zien, e.d. optreedt het zien van mannen-koppen en landschappen; naast andere symptomen is de aanval gekenmerkt door dichtvallen van één oog.

Geval No. 22 betreft een vrouw, wier migraine-aanvallen, gepaard met opvallende slaapzucht, ingeleid worden door het zien van slangen, paarden, en andere beesten.

In het reeds op bladz. 81 medegedeelde geval van mi-

graine-aanvallen, die, naast soms optredende schemertoestanden, onder meer gekenmerkt bleken door sterke slaapregulatie-stoornissen, zagen wij hoe eenmaal de aanval begeleid werd door het zien van beestenkoppen, koeien en andere dieren.

Geval No. 116 betreft een migraine-patiente, bij wie de hoofdpijnaanvallen door zweetuitbarstingen en andere vegetatieve veranderingen voorafgegaan worden, terwijl zonderlinge „visioenen" optreden: bloedstorten, honden, die op haar afkomen. In dit geval, evenmin als in de voorafgaande gevallen, lokte het zien van deze duidelijk waargenomen beelden, angst, verbazing of andere reacties uit.

In 5 gevallen door Mingazzini meegedeeld, (1 van Griesinger, 4 eigen gevallen), alle behoorend tot de migraine ophthalmique, zien wij, na voorafgaande gewone visueele prikkelingsverschijnselen, soortgelijke zonderlinge beelden optreden: vreemde gestalten, jongelingen, skeletten, afschuwelijke menschen, booze dieren, blauwe engelen; e.d.; ook de op bladz. 77 vermelde gevallen van Krafft-Ebing, Bordoni, Flatau vertoonen hiermede groote overeenkomst. Voor zoover uit de ziektegeschiedenissen valt op te maken, lokten ook in deze gevallen de beelden geen reactie van de zieke uit.

In deze groep zien wij de eigenschappen vertegenwoordigd, die wij typisch achten voor wat men wel met den onjuisten naam „migraine-hallucinatie" betitelt. Wij zien in de eerste plaats den samenhang met de, bij de ophthalmische migraine zoo overbekende prikkelingsverschijnselen, wij zien de voorkeur voor de visueele spheer; verder het zonderling phantastische, aan droombeelden herinnerende, veelal afschuwelijke en caricaturale, dat aan de beelden eigen is; dan de eigenaardige passieve houding van de

patienten er tegenover; eindelijk herinneren wij aan het samengaan met den, voor migraine typischen vorm van vegetatieve regulatie-stoornissen, de slaapregulatiestoornis.

Hiermede echter is tevens gezegd, dat deze beelden geheel overeenstemmen met wat als karakteristiek voor de psychosensorische stoornissen bij mesocephale laesie's beschreven is (L h e r m i t t e).

„Pour Monsieur Lhermitte en effet l'hallucination visuelle serait l'expression d'une perturbation dans la fonction hypnique, par atteinte du centre du sommeil, simultanément à la destruction de certains centres oculaires voisins" — zegt v a n B o g a e r t, wanneer hij naar aanleiding van een geval van „hallucinose pédunculaire" over het hoofdstuk der „psychiatrie mésocéphalique" uitweidt.

Het zou nu inderdaad toch wel wat ver gezocht zijn, om voor deze ondergroep uit de ophthalmische migraine, de vulgaire visueele prikkelingssymptomen door schorsprikkeling te willen verklaren.

Dat wij hier niet met echte hallucinaties te doen hebben, is duidelijk. De patient gedraagt zich tegenover de hem voorgetooverde beelden, wij hebben dit bij onze gevallen althans als zeer treffend waargenomen, niet als een hallucinant. De beelden lokken geen handelingen uit, de patient zelf is er niet in betrokken, hij aanvaardt niet een volledige realiteit der hallucinatoire beelden, hij herinnert ze zich niet als waar gebeurde belevingen; hij aanvaardt zonder verwondering een gedeeltelijke realiteit, hij neemt ze waar, vaak als zeer belangstellend toeschouwer en hij gelooft er tenslotte niet aan.

Niet zonder opzet gebruiken wij hier de argumenten, waarmede L e r o y de hypnagoge hallucinaties plaatst tusschen de echte hallucinatie en den droom. Precies hetzelfde,

wat Leroy zegt van de hypnagoge voorstelling, kan men op de migraine-hallucinose[1]) toepassen: „Le sujet se comporte, dans l'état hypnagogique, comme devant un *spectacle:* il n'est ni tout à fait comme devant les évènements réels de la vie pratique, ni tout à fait comme en présence d'images qui seraient dépourvues de toute réalité; en d'autres termes, il se comporte comme devant quelque chose qui peut être réel, mais qui, réel ou non, ne le concerne pas directement; — C'est bien (sous une forme un peu simplifiée pourtant) l'attitude du spectateur au théatre. —"

Wij hebben dan bij de migraine-hallucinose te doen met wat Lhermitte als het actieve aspect van de narcolepsie betitelt, equivalent van de pathologische slaap-dissociatie.

Een geval van Lhermitte, betreffende een pedunculaire vaathaard met overwegende oculomotoriuslaesie, was daardoor gekenmerkt, dat de zieke allerlei vreemd uitziende beesten, katten, vogels, kippen zag bewegen; ze probeerde een enkele maal de dieren te streelen, maar geloofde toch niet aan de realiteit van haar waarneming. In een analoog geval van Lhermitte en Toupet traden soortgelijke verschijnselen op, nadat een periode van diepen slaap voorbij was. In een geval van infundibulair tumor zagen Claude en Lhermitte narcoleptische aanvallen afgewisseld of gecompliceerd door dezelfde psychosensorische phenomenen.

De opvatting van Lhermitte om deze phenomenen als basale symptomen op één lijn te stellen met hypnagoge

---

[1]) De term hallucinose is hier gebruikt in navolging van Lhermitte, v. Bogaert, Claude en andere Fransche auteurs en dekt niet geheel het hallucinose-begrip van Wernicke.

voorstellingen, welke opvatting hij getoetst heeft aan de ervaringen bij encephalitis lethargica, wordt door Alajouanine, Baruk, Schuster, Frankl Hochwart, Fuchs bekrachtigd.

Ongetwijfeld kunnen soortgelijke verschijnselen ook wel van de hersenschors uit worden opgewekt, — men denke aan de lilliput-hallucinaties, die o.a. van Bogaert bij een parieto-occipitaal gelocaliseerden tumor beschreef — maar dan zijn ze niet met vegetatieve regulatie-stoornissen gecombineerd.

Juist omdat dit laatste bij de migraine wèl het geval is, hebben wij in de migrine-hallucinose een argument te meer gezien voor onze opvatting van een meso-diencephale migraine.

Men bedenke, dat de migraine ophthalmique lang niet altijd tot hallucinose leidt, dat er een bepaalde voorwaarde noodig is tot het optreden van dit phenomeen, zooals voor de hypnagoge voorstelling de „état hypnagogique" vereischt is. Deze voorwaarde, voor onze gevallen vervuld door een equivalent van de migraine-slaapstoornis, beteekent in het algemeen, zooals van Bogaert, die ten deele op Bergson, Janet steunt, terecht opmerkt, een toestand, waarin de „fonction du réel" geleden heeft. Hij voert dit aan, omdat hem gevallen bekend zijn van ontwijfelbare mesocephale laesie, zonder duidelijke slaapstoornissen terwijl toch een mesocephale hallucinose wordt opgewekt. Voor deze gevallen heeft hij dus een breeder basis noodig dan Lhermitte en neemt als essentieele, door de middenhersenlaesie veroorzaakte stoornis aan: „un fléchissement momentané du moi perturbant la fonction du réel".

Ofschoon wij voor de migraine-hallucinose de patho-

logische slaapdissociatie een voldoende fundeering achten, willen wij de breeder opvatting van van Bogaert niet verwerpen en meenen wij zelfs, dat zij niet onwaarschijnlijk een schakel vormt ter nadere verklaring van een andere groep psychische veranderingen, bij migraine frequent voorkomend: phobiën en dwangverschijnselen, die zoo vaak met vermindering van het realiteitsgevoel gepaard gaan. Anderzijds wordt het optreden van dergelijke psychasthene symptomen natuurlijk door de vaak depressieve neigingen van den hemicranicus bevorderd.

Voorbeelden van dwangneurotische verschijnselen (teldwang, dwangmatige suicide-gedachte, twijfelzucht, e.a.) vindt men verschillende in ons materiaal, — en wederom dringt zich de analogie met postencephalitische dwangverschijnselen aan ons op. Ook Flatau wijst herhaaldelijk op een zeker verband tusschen migraine en psychasthenie.

Wij hebben echter den indruk gekregen, dat in de meeste gevallen reeds een sterke constitutioneele neiging aanwezig was tot een „abaissement de la tension psychologique" (Janet), die ook door andere gelegenheidsoorzaken dan de migraine uitgelokt kon worden, zoodat de invloed van de migraine weinig specifiek was, doch meer een provoceerende factor. Wij hebben het daarom vermeden nog een afzonderlijke bespreking van een migraine-psychasthenie in onze beschouwingen over hemicrania psychica op te nemen.

## HOOFDSTUK IV.

### Diagnose en therapie.

Migraine en epilepsie. Subarachnoidale bloeding Encephalitis lethargica. Therapie.

Wij willen onze beschouwingen over de hemicranie niet afsluiten zonder met een enkel woord de oude strijdvraag over de verhouding van migraine tot epilepsie besproken te hebben.

Dat er verwantschap tusschen migraine en epilepsie bestaat behoeft geen betoog; hiervoor vindt men in de litteratuur bewijzen te over, o.a. bij Liveing, Charcot, Moebius, Féré, Oppenheim, Flatau. De familie van den epilepticus telt niet zelden talrijke migrainelijders onder hare leden; beide aandoeningen treden vaak bij eenzelfde zieke op; migraine en epilepsie kunnen elkaar afwisselen, aan het uitbreken van epilepsie gaat soms een migraine-periode vooraf; wanneer epileptische insulten geweken zijn, blijft soms een migraine-lijder over; de epileptische aanval kan gevolgd of voorafgegaan worden door een migraineaanval; dezelfde oorzaken kunnen zoowel epileptische crisen als migraineaanvallen uitlokken; dezelfde therapie kan zoowel het eene als het andere lijden beïnvloeden.

Mag men nu zoo ver gaan als Féré, Moebius, Epstein, Kovalevsky, Bolten, Cornu, die tot identificatie van beide ziekten neigen, resp. de migraine als

een gelarveerde epilepsie voorstellen? Moebius en Bolten erkennen geen qualitatief, doch alleen een quantitatief verschil, *slechts* door localisatie en intensiteit bepaald.

Dit „*slechts*" past nu niet in de door ons verdedigde migraine-opvatting.

Het verschil in localisatie is inderdaad duidelijk: voor de epilepsie — hoezeer zich ook prikkelingsverschijnselen van sub-corticale centra op den voorgrond kunnen dringen — neemt men toch altijd nog een corticalen factor als vereischte aan; voor de migraine is dit slechts een complicatie. Maar dit verschil in localisatie beteekent dan ook, wanneer men het in het licht van het deze studie fundeerende migraine-inzicht beziet, lang niet een verwaarloosbare factor, omdat wij de localisatie van de migraine onmiddellijk afhankelijk stelden van de specifieke migraine-constitutie.

Zooals Ratner tegenover de epilepsie als „corticocentrisch", eventueel „corticofugaal", proces de narcolepsie stelt, zoo kan men er ook de migraine als subcorticocentrisch, onder omstandigheden corticopetaal, proces tegenover stellen. Nu kunnen de corticofugale en corticopetale uitingen elkander als het ware tegemoet komen, kunnen symptoomcomplexen van beide aandoeningen met elkander overeen komen, maar dan blijft toch het uitgangspunt van beiden verschillend.

Niet alleen de syndromen, ook de constituties kunnen elkaar gedeeltelijk dekken, het heriditeitsonderzoek bewijst het. Maar er blijven dan nog essentieele „constitutie-elementen" (Kleist) van de epilepsie, die aan de migraine vreemd zijn. Zoo bijv. de dispositie tot convulsies. Zeker kan ook een gezonde schors, kan ook de schors van

den hemicranicus door een prikkeling tot insulten leiden. Maar de schorsoverprikkelbaarheid vormt geen constitutie-element van de migraine.

Een zeker gemis aan „Gehirnfestigkeit" noemt F l a t a u een van de voornaamste eigenschappen, die den epilepticus kenmerkt tegenover den hemicranicus, en deze eigenschap is constitutioneel gegeven.

Een ander, hiermee wellicht samenhangend constitutie-element van de epilepsie is de dispositie tot typisch epileptische intellects- en karakter-veranderingen, psychische veranderingen, die men niet zonder meer aan de frequentie en de intensiteit van de insulten parallel mag denken. Soortgelijke veranderingen kunnen zich tijdelijk ook wel bij de migraine voordoen; parallel gaande met intensiteit en frequentie van de migraineaanvallen zagen wij herhaaldelijk, langdradigheid, omslachtigheid, „Schwerbesinnlichkeit", prikkelbaarheid, optreden, maar deze veranderingen zijn altijd reversibel, waardoor zij zich principieel van de epileptische veranderingen onderscheiden. Ook hier zal men toch wel niet dwalen, door constitutioneele invloeden voor dit onderscheid aansprakelijk te stellen.

Onze geheele beschouwingswijze van de migraine, als ziekte-eenheid van heredo-familiair voorkomen, berust ten slotte op het aanvaarden van een constitutie, die zoowel het pathophysiologisch gebeuren als de localisatie bepaalt. De intensiteit van de afwijking verandert hieraan niets, maakt van de uitingen eener migraine-constitutie nooit een genuine epilepsie, en de omstandigheid, dat het in oorsprong niet-corticale migraineproces soms een corticopetale complicatie vertoont, beteekent nog geen onderhoorigheid aan een epileptische constitutie.

Een constitutie is een door constitutie-elementen opge-

bouwde nieuwe eenheid, een toestand van het organisme, die door geen ziekten te veranderen is, en het is een principieele fout, om van twee ziekten, die beide van constitutioneelen aard zijn, de eene ziekte — in casu epilepsie — als een volledige vorm van de andere ziekte te beschouwen, omdat uitbreiding van een ziektebeeld geen uitbreiding van een constitutie is.

Breidt nu een migraine zich uit tot epilepsie, dan hebben wij te doen met een epileptisch syndroom bij migraine, een epileptische migraine, geen genuine epilepsie; vernauwt een epilepsie zich, door overweging van haar corticofugale verschijnselen tot een migraine-syndroom, dan hebben wij te doen met een epileptisch aequivalent, geen genuine migraine. Treden ten slotte de pathologische uitingen van beide verwante constituties in èèn individu als gecombineerd syndroom op, dan hebben wij voor ons het op constitutie-legeering wijzende beeld, dat F l a t a u „Migräno-epilepsie" noemt.

Naar het toestandsbeeld zijn deze vormen uitteraard veelal niet te onderscheiden. Slechts een zoo nauwkeurig mogelijk inzicht in de constitutie kan dan in een bepaald geval tot een diagnose leiden.

Het bovengenoemde verschil in localisatie berust dus, om het nog eens te herhalen, op een verschil in constitutie en dit moet men bij een constitutioneel lijden van primair belang achten.

Kan de differentiaal diagnose tusschen migraine en epilepsie aldus soms moeilijkheden brengen, soortgelijke moeilijkheden bieden tal van andere syndromen, die op de migraine-constitutie gebouwd kùnnen zijn, doch die ook kunnen behooren tot andere constitutie-kringen, welke —

evenals de epileptische — den migraine-constitutiekring soms gedeeltelijk dekken. Syndromen bijv. als episodische slaapzucht, ontstemmingen, schemertoestanden, die even-goed als op de migraine-constitutie, kunnen groeien op den bodem van een anderen, psychopathischen, aanleg; syndromen verder als recidiveerende ophthalmoplegie, recidiveerende facialis-verlamming, duizelingen, Ménière-achtige beelden, e.d., die geïsoleerd kunnen optreden, afhankelijk van een constitutioneele minderwaardigheid, doch ook afhankelijk van migraine kunnen zijn en die zoozeer in een migraine-beeld kunnen opvallen, dat ze tot verschillende ondergroepeeringen hebben aanleiding gegeven: facioplegische migraine, vestibulaire migraine, (Heveroch), cerebellaire migraine (Oppenheim), bulbaire migraine, migraine associée, enz. enz.

Het is duidelijk, dat ook hier op de beoordeeling van de erfelijke constitutie de differentiaaldiagnostiek grootendeels dient te berusten.

Een ander lijden, dat een constitutioneele affiniteit tot de migraine vertoont, is de subarachnoïdale bloeding, zooals die met name door Goldflam, Meylahn, Herman, als afhankelijk van een vasoneurotische constitutie wordt beschreven. Men krijgt den indruk, dat soortgelijke vaatwandveranderingen, als wij bij de migraine beschreven, wanneer zij in heviger mate optreden, tot bloedingen per diapedesin kunnen leiden, waarbij dan nog een zekere praedilectie voor de meningeale vaten moet worden aangenomen, ofschoon ook het gepaard gaan met intracerebrale bloedingen bij dit ziektebeeld geen zeldzaamheid is. Op de frequente combinatie van dit lijden met migraine wijst in het bijzonder Goldflam. Van 6 door ons waargenomen gevallen van patienten met spontane subarachnoidale bloe-

ding leden er 4 aan genuine migraine. Bedenkt men nu verder, dat dit lijden lang niet altijd apoplectiform inzet, dat zelfs gevallen van ambulante vorm van subarachnoidale bloeding beschreven zijn (Popow), dan is het duidelijk, dat onder omstandigheden zware vormen van migraine met op den voorgrond tredende somnolentie een hiermee zoozeer verwisselbaar beeld kunnen opleveren, dat alleen het lumbaalvochtonderzoek uitsluitsel kan geven.

Ter illustratie diene het volgende geval:

Patiente v. S.-L., 47 j., is van huis uit migraine-lijdster; de aanvallen treden bij voorkeur tegen den tijd van de menstruatie op; sinds 2 jaar zijn de menses onregelmatig; op 20 Aug. '30 treedt wederom een aanval van heftige hoofdpijn op, gepaard met somnolentie en lichte verwardheid; zij dwaalt wat onrustig doelloos door het huis en is licht gedesoriënteerd; aangezien zij bij familie logeert, die door dit beeld verontrust is, wordt een medicus geroepen, wat volgens den inmiddels thuisgekomen echtgenoot volkomen overbodig is, omdat de migraineaanvallen van patiente altijd zoo heftig plachten te verloopen. De medicus vindt intusschen in de urine enorme eiwitvermeerdering en op zijn aandringen wordt patiente naar een ziekenhuis overgebracht. Voor de aanvankelijke diagnose uraemie vindt de internist op grond van bloed- en urine-onderzoek weinig aanknoopingspunten. Op grond van een in den loop van den dag toenemende somnolentie, lichte meningitisverschijnselen, steeds lager wordende kniepeesreflexen en „albuminurie massive" stelden wij de waarschijnlijkheidsdiagnose *subarachnoidale bloeding*, welke diagnose door lumbaalpunctie bevestigd werd: het vocht bevatte zeer veel versch bloed, Nonne ±, Pandy +, cellen 220/3 (lymphocyten). Den volgenden dag trad de menstruatie in. De albu-

minurie was na één dag verdwenen, de meningen-prikkelingsverschijnselen gingen onder herhaalde puncties snel terug; na een week vertoonde de liquor alleen nog xanthochromie en nauwelijks eenige celvermeerdering; de somnolentie was toen geweken en een licht Korsakoff-syndroom trad op, dat ± 3 weken lang duurde.

Een dergelijk geval moge bewijzen, dat men bij toestandsbeelden, die als zware migraine imponeeren, aan de mogelijkheid van een subarachnoidale bloeding heeft te denken, wat o.m. daarom van gewicht is, omdat lumbale punctie vooral in het begin van dit lijden van therapeutisch belang geacht kan worden.

Verder zij hier herinnerd aan de mogelijkheid, die wij reeds ter sprake brachten, dat, overeenkomstig Quincke's opvattingen een bepaalde vorm van niet-infectieuse meningitis serosa, als uiting van algemeene exsudatieve verschijnselen, een schakel in het migraine-proces kan beteekenen.

Niet van een verwante constitutie, maar van overeenkomstige localisatie afhankelijk zijn de migraine-syndromen, die door schedelbasis-processen, hypophysaire, infundibulaire (Karplus, Schüller) en andere mesodiencephale tumoren (Weiss, Wallgren) en ontstekingsprocessen kunnen worden uitgelokt.

Ons zijn eenige gevallen bekend, waarbij wij na klinische observatie de waarschijnlijkheidsdiagnose stelden: hypophyse- of infundibulair-tumor en die in den loop van jaren, naast een zekere adipositas, geen ander beeld vertoonden dan symptomatische narcolepsie en migraine.

Ook is het ons verschillende malen gebleken, dat het onder omstandigheden uiterst moeilijk kan zijn om op grond van anamnestische gegevens te differentieeren tusschen

zware migraine met somnolentie en ophthalmoplegische verschijnselen eenerzijds en encephalitis lethargica anderzijds. [1]) Om een voorbeeld te noemen:

Patiente W. v. d. L., 27 jaar, ongehuwd, wordt in Januari '30 naar de polikliniek gestuurd wegens bezwaren, die zij uit een in Febr. '29 doorgemaakte encephalitis zou hebben overgehouden. Zij zou toen n.l. een griep in het hoofd gehad hebben, die plotseling begonnen was met l.zijdige hemianopsie en gepaard ging met zware verkoudheid, hoesten, hardnekkige slapeloosheid en gedurende 6 weken dubbelzien. Daarna traden herhaaldelijk buien op van heftige, veelal eenzijdige hoofdpijn, voorafgegaan door het zien van kringen en vlekken en gepaard met misselijkheid. Bij onderzoek werd geen afwijking gevonden, behoudens een lichte gezichtsveldbeperking in het l. bovenkwadrant van het r. oog en een twijfelachtige gezichtsveldbeperking in hetzelfde kwadrant van het l. oog. De contrôle door den ophthalmoloog wees uit, dat deze scotomen wisselend van afmeting waren. Op de X-foto's van den schedel waren geen afwijkingen te zien.

Bij nader informeeren bleek, dat patiente haar heele leven al last had van aanvalsgewijs optredende eenzijdige hoofdpijnen, zij het veel minder erg dan tegenwoordig en niet voorafgegaan door oogsymptomen. Haar moeders moeder leed eveneens aan hevige hoofdpijnen.

Het is ons niet mogelijk geweest om met zekerheid uit te maken, of hier inderdaad een encephalitis met restverschijnselen moet worden aangenomen, dan wel of de van huis uit bestaande migraine door een bijkomstige omstan-

---

[1]) Verg. ook P Hoch, die er met nadruk op wijst, dat de encephalitis epidemica een klassiek migrainebeeld kan bieden.

digheid in heftige mate is opgetreden en tot oculomotorius-verschijnselen heeft aanleiding gegeven.

Wij willen hiermede de differentiaal-diagnostische overwegingen, waartoe ons materiaal ons meer in 't bijzonder aanleiding gaf, beëindigen en niet verder uitweiden over de uitteraard zeer talrijke ziekten, waarbij een symptomatische migraine kan voorkomen of die, zooals lues cerebri, tabes, multiple sklerose, halssympathicus-aandoeningen, geruimen tijd onder het beeld van migraine kunnen verloopen.

Wat ten slotte de therapie van de migraine betreft, heeft onze ervaring geen nieuwe gezichtspunten geopend. Het ligt voor de hand, dat wij overeenkomstig onze opvatting van de migraine in de eerste plaats naar het hersenstam-middel, dat bovendien vaatverwijdende werking heeft, de luminal, grijpen, het middel, dat door v. Schelven, Stiefler, Strassburger en zoovele anderen in de laatste 12 jaar werd aanbevolen. Heel dikwijls bleek het, dat combinatie met papaverine een nog aanmerkelijk gunstiger resultaat had. Bovenal waren wij er op bedacht, gezien de groote plaats, die de asthenische constitutie in de migraine inneemt, den algemeenen toestand te verbeteren, met het gevolg, dat wij daar, waar wij met luminal alleen niet verder kwamen, in zeer vele gevallen door toevoeging van robureerende middelen — in het bijzonder van arsenicum (Oppenheim) en merkwaardigerwijze ook van kleine doses strychnine — een verrassend gunstig resultaat zagen. Ook verandering van levenswijze, dieëtetische maatregelen, bewezen, wellicht mede door stofwisselingsveranderingen („Umstimmung"), vaak goede diensten; eveneens is aan het groote belang van klimaatinvloeden, dat bij migraine evenals bij alle vegetatieve aandoeningen blijkt, aandacht te schenken. Ofschoon een zekere dyshormonie bij de mi-

graine-constitutie niet zeldzaam is, zagen wij van endocrine praeparaten zelden eenig overtuigend resultaat.

Waar een allergische component in de migraine pathogenese te vermoeden was, probeerden wij pepton (per os) en deden de ervaring op van Souques, Santenoise en Massary, dat dit soms verbetering geeft, maar dat naast de allergische blijkbaar nog andere pathogenetische invloeden werkzaam zijn. Van de door Storm van Leeuwen aanbevolen tuberculine-therapie hebben wij geen ervaring.

Een zeer belangrijk middel zagen wij, overeenkomstig de ervaring van Döllken en steunend op zijn theorie van de rol der vaatwandveranderingen bij het migraineproces, in het moloïd, een praeparaat van gecombineerde nitroverbindingen; men geve hiervan 2 à 3 maal daags een half tablet voor het eten, te kauwen, teneinde opname door het mondslijmvlies te bevorderen.

Tenslotte zij men er op bedacht, het gevaar, dat migrainepsychosen voor den zieke zelf en voor de omgeving kunnen meebrengen, niet te onderschatten; eindelijk vergete men niet, dat de vegetatieve labiliteit van de migraineconstitutie in vele gevallen door psychische invloeden pleegt apert te worden, zoodat psychotherapie niet zelden van op den voorgrond tredend prophylactisch belang kan blijken.

## Samenvatting.

Nadat voornamelijk op grond van erfelijkheidsonderzoekingen een migraine-constitutie aanvaard is, worden de voornaamste migraine-theoriën besproken en wordt in het bijzonder aandacht gewijd aan de vaatwandveranderingen, het evenwicht in den toestand der drie vaatgroepen, niet als oorzaak van het migraine-proces, maar als belangrijk moment daarin, waardoor zoowel angiospastische als exsudatieve verschijnselen te verklaren zijn.

Op de mogelijkheid wordt gewezen, dat deze vaatveranderingen van centrale stofwisselings-regulatiestoornissen afhankelijk zijn, stoornissen, die weliswaar tijdens den hoofdpijnaanval het sterkst uitgesproken zijn, maar ook hieraan voorafgaan en er op volgen. Dit laatste brengt mee, dat de eigenlijke migraineaanval niet als beperkt tot de hoofdpijnperiode alleen wordt voorgesteld. Onder talrijke, zeer uiteenloopende vegetatieve verschijnselen, die het meest ongewrongen als uitingen van centrale vegetatieve regulatiestoornissen bijeengebracht kunnen worden, wordt nu op de slaapregulatiestoornissen in het bijzonder den nadruk gelegd. Bovendien wordt gewezen op het waarschijnlijk zeer veelvuldig voorkomen van oculomotoriuskernveranderingen (als uiting van constitutioneel minderwaardigen aanleg geduid) bij de migraine, getuige een groot percentage gevallen met voorbijgaand dubbelzien, neiging tot dichtvallen van een of beide oogleden, combinatie van ptosis met mydriasis.

De centrale vegetatieve regulatiestoornissen, waaronder de slaapregulatiestoornissen een eerste plaats innemen, en de oculomotoriuskernverschijnselen doen het vermoeden rijzen, dat de migraine-constitutie gekenmerkt is door een minderwaardigen aanleg van het meso-diencephalon.

Ofschoon erkend dient, dat zeer verschillende oorzaken deze migraine-constitutie apert kunnen doen worden, is anderzijds de mogelijkheid te aanvaarden, dat een dergelijke functioneele minderwaardigheid op zich zelf voldoende is periodisch optredende stofwisselingsschommelingen te veroorzaken. Aldus wordt een poging gedaan om niet de migraine alleen als syndroom te beschouwen, maar een genuine (meso-diencephale) migraine als ziekteëenheid van heredo-familiair voorkomen te handhaven.

In verband hiermede wordt de leer der (meso)diencephalosen besproken, waarbij echter niet zoover gegaan wordt, dat de manisch-depressieve psychose als diencephalose zonder meer is op te vatten.

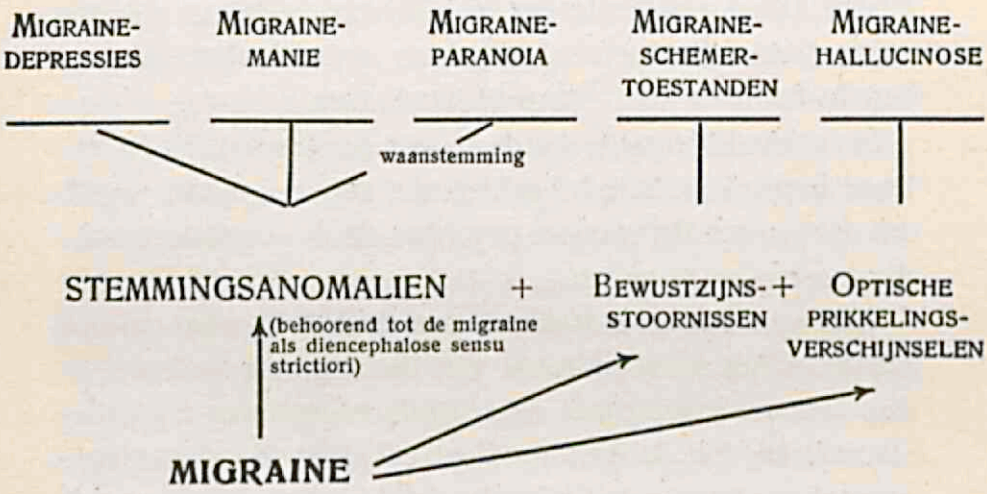
Wel wordt de grondstemmingsverandering, waaraan een plaats in het kernsyndroom van de migraine toekomt, in directen samenhang met de centrale vegetatieve regulatiestoornissen, met de diencephalose gebracht. De stemmingsanomalieën kunnen het migraine-beeld beheerschen, en ook kunnen op den bodem van deze veranderingen in het vitaal gevoel — hetzij een lust, hetzij een onlust, hetzij een waanstemming, samenhangend met veranderingen, die in de vitale laag der psyche optreden — verschillende migrainepsychosen gebouwd worden, doch niet zonder samenwerking met andere in de constitutie gegeven momenten.

Op soortgelijke wijze worden de migraine-schemertoestanden gebouwd gedacht op bewustzijnsveranderingen, zooals men die bij een vulgaire migraine van uitgebreider

localisatie kan waarnemen, en de hallucinatoire toestandsbeelden, hallucinosen, op de ophthalmische migraine door bemiddeling van een, met den hypnagogen toestand, vergelijkbare migraineslaapstoornis.

Zooals onderstaand schema moge verduidelijken, denken wij ons dus 5 groepen van psychische veranderingen, gebouwd op grondstoornissen, die tot het kernsyndroom der migraine behooren, waarmee het toekennen van een pathogenetische rol aan de migraine verantwoord is.

HEMICRANIA PSYCHICA




Bij de differentiaaldiagnostische overwegingen wordt de genuine migraine als proces met mesodiencephale kern tegenover de genuine epilepsie als „corticocentrisch" resp. „corticofugaal" proces onderscheiden; verder wordt in het bijzonder op de verwantschap van de spontane subarachnoidale bloeding met de migraine-constitutie gewezen.

# TABEL

| No. | Geslacht | Leeftijd | Diagnose | Duur | Herediteit*) | Bijzonderheden |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. | vr. | 32 j. | migraine | sinds jaren | Homol: S migr. ascendentie onvoldoende bekend | Depressieve constitutie. Heeft 3-daagsche hoofdpijnaanvallen, waarbij opvallend verdrietig. |
| 2. | vr. | 33 j. | migraine | sinds jaren | Homol: in moeder's familie komen vele lijders aan hoofdpijnaanvallen voor. Fa migr. en pavor noct. Heterol: M had toevallen en jicht. M² jicht. PM toevallen. | Patᵉ die niersteenen gehad heeft en gewrichtsrheuma, heeft typische migraine-aanvallen, 's nachts ontstaande. Slapeloosheid. |
| 3. | m. | 17 j. | migraine | 2 jaar | Homol: M heeft van 20 tot 45ste jaar migr. gehad. | Aanval begint met tranen van het oog en krampachtig samentrekken van de oogspieren. Tijdens aanval: slaapzucht, gaapaanvallen, zwaar neervallen r. ooglid. Pijn gelocaliseerd boven r. oog. Aanv. om de 2 à 3 maanden. Duur aanv. circa 12 dagen. |
| 4. | m. | 14 j. | migraine | 4 jaar | P heele leven veel hoofdpijn. | Ongeveer om de 14 dagen een aanval. Duur: enkele dagen. Als hij gebraakt heeft, gaat het beter. Pijn gelocaliseerd in voorhoofd. In het eerste levensjaar veel stuipen. |
| 5. | m. | 41 j. | migraine (ophthalmoplégique) | sinds circa 20 j. | Homol: M migr. Heterol: FP, FᵐP, FM } asthma | Hoofdpijn boven de oogen, dubbelzijdig, bij aanvallen; voorafgegaan door rood en warm worden, zweeten, driehoekjes zien, dan dubbelzien, zware hoofdpijn, daarna suf; vergeetachtig geworden. Tijdens aanval: slaapzucht, dwanggapen, sufheid, lusteloosheid, verdriet. Paar dagen voor den aanval een soort verkoudheid. Rêves précurseurs. 1 × werd linkszijdige ptosis waargenomen; vaak anisocorie (l. > r.). |
| 6. | m. | 33 j. | migraine | sinds jaren | Homol: M² migr. M migr. S migr. S¹ migr. | Hoofdpijnaanvallen vnl. boven l. oog, met braken en zakken van l. bovenlid. Doodsbleek en ziek erbij; depressief tijdens aanval. Tevoren gaapaanvallen. |
| 7. | vr. | 27 j. | migraine | sinds 10de j. | Homol: M migr. | Hoofdpijn vnl. boven l. oog. Aanvallen vnl. Zaterdags en Zondags, gepaard met tranen van de oogen, vlekkige roodheid van het gezicht, en zwelling van het voorhoofd, erge slaperigheid, dichtvallen van de oogen. |
| 8. | m. | 9 j. | kindermigraine zonder pijn (migr. vestibulaire) | sinds 1ste j. | Homol: P migr. SP migr. | ± Om de 3 maanden galbraken, waarbij ziek, prikkelbaar, ongenaakbaar, lichtschuw; daarna „tolt" hij op zijn beenen. |
| 9. | vr. | 32 j. | vulgaire migraine en abdominale migraine | sinds vele jaren | onbekend. | Abdominale migr. afgewisseld met vulg. migr., die door heftige doodsangstaanvallen gevolgd wordt. |
| 10. | vr. | 13 j. | migraine ophthalmique | sinds 12de j. | Homol: P migr. met voorbijgaande blindheid. MP migr. Heterol: MP diabetes en vetzucht M² rheuma. | Hoofdpijnaanvallen veelal links, met duizeligheid, zwelling boven de oogen, slaapzucht, gevlekt uiterlijk; duur ½ dag; vooraf sterretjes, alles danst voor de oogen, zwarte vlekken; eindigend met braken. |
| 11. | vr. | 32 j. | migraine | sinds jeugd | Homol: M, SM, M² } migr. Heterol: M² rheuma | Aanvallen van hoofdpijn, meest links, met lichtschuwheid, tranen van de oogen; ziet er wit uit, is koud erbij; |

*) P vader; Pa vader van den vader; MP moeder van den vader; FP en SP broeder en zuster van den vader; M moeder PM vader van de moeder; M² moeder van de moeder; FM en SM broeder en zuster van de moeder; Fa zoon; Fa dochter.

| No. | Geslacht | Leeftijd | Diagnose | Duur | Herediteit*) | Bijzonderheden |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. | vr. | 32 j. | migraine | sinds jaren | Homol: S migr.<br>ascendentie onvoldoende bekend | Depressieve constitutie. Heeft 3-daagsche hoofdpijnaanvallen, waarbij opvallend verdrietig. |
| 2. | vr. | 33 j. | migraine | sinds jaren | Homol: in moeder's familie komen vele lijders aan hoofdpijnaanvallen voor.<br>Fa migr. en pavor noct.<br>Heterol: M had toevallen en jicht.<br>M² jicht.<br>PM toevallen. | Pat^e die niersteenen gehad heeft en gewrichtsrheuma, heeft typische migraine-aanvallen, 's nachts ontstaande. Slapeloosheid. |
| 3. | m. | 17 j. | migraine | 2 jaar | Homol: M heeft van 20 tot 45ste jaar migr. gehad. | Aanval begint met tranen van het oog en krampachtig samentrekken van de oogspieren. Tijdens aanval: slaapzucht, gaapaanvallen, zwaar neervallen r. ooglid. Pijn gelocaliseerd boven r. oog. Aanv. om de 2 à 3 maanden. Duur aanv. circa 12 dagen. |
| 4. | m. | 14 j. | migraine | 4 jaar | P heele leven veel hoofdpijn. | Ongeveer om de 14 dagen een aanval. Duur: enkele dagen. Als hij gebraakt heeft, gaat het beter. Pijn gelocaliseerd in voorhoofd. In het eerste levensjaar veel stuipen. |
| 5. | m. | 41 j. | migraine (ophthalmoplégique) | sinds circa 20 j. | Homol: M migr.<br>Heterol: FP, F¹P, FM } asthma | Hoofdpijn boven de oogen, dubbelzijdig, bij aanvallen; voorafgegaan door rood en warm worden, zweeten, driehoekjes zien, dan dubbelzien, zware hoofdpijn, daarna suf; vergeetachtig geworden. Tijdens aanval: slaapzucht, dwanggapen, sufheid, lusteloosheid, verdriet. Paar dagen voor den aanval een soort verkoudheid. Rêves précurseurs. 1 × werd linkszijdige ptosis waargenomen; vaak anisocorie (l. > r.). |
| 6. | m. | 33 j. | migraine | sinds jaren | Homol: M² migr.<br>M migr.<br>S migr.<br>S¹ migr. | Hoofdpijnaanvallen vnl. boven l. oog, met braken en zakken van l. bovenlid. Doodsbleek en ziek erbij; depressief tijdens aanval. Tevoren gaapaanvallen. |
| 7. | vr. | 27 j. | migraine | sinds 10de j. | Homol: M migr. | Hoofdpijn vnl. boven l. oog. Aanvallen vnl. Zaterdags en Zondags, gepaard met tranen van de oogen, vlekkige roodheid van het gezicht, en zwelling van het voorhoofd, erge slaperigheid, dichtvallen van de oogen. |
| 8. | m. | 9 j. | kindermigraine zonder pijn (migr. vestibulaire) | sinds 1ste j. | Homol: P migr.<br>SP migr. | ± Om de 3 maanden galbraken, waarbij ziek, prikkelbaar, ongenaakbaar, lichtschuw; daarna „tolt" hij op zijn beenen. |
| 9. | vr. | 32 j. | vulgaire migraine en abdominale migraine | sinds vele jaren | onbekend. | Abdominale migr. afgewisseld met vulg. migr., die door heftige doodsangstaanvallen gevolgd wordt. |
| 10. | vr. | 13 j. | migraine ophthalmique | sinds 12de j. | Homol: P migr. met voorbijgaande blindheid.<br>MP migr.<br>Heterol: MP diabetes en vetzucht<br>M² rheuma. | Hoofdpijnaanvallen veelal links, met duizeligheid, zwelling boven de oogen, slaapzucht, gevlekt uiterlijk; duur ½ dag; vooraf sterretjes, alles danst voor de oogen, zwarte vlekken; eindigend met braken. |
| 11. | vr. | 32 j. | migraine | sinds jeugd | Homol: M, SM, M² } migr.<br>Heterol: M² rheuma | Aanvallen van hoofdpijn, meest links, met lichtschuwheid, tranen van de oogen; ziet er wit uit, is koud erbij; |

*) P vader; P₂ vader van den vader; MP moeder van den vader; FP en SP broeder en zuster van den vader; M moeder PM vader van de moeder; M₂ moeder van de moeder; FM en SM broeder en zuster van de moeder; Fs zoon; Fa dochter.

| No. | Geslacht | Leeftijd | Diagnose | Duur | Herediteit | Bijzonderheden |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | slaapzucht (valt op stoel in slaap). Vooraf dwanggapen. |
| 12. | m. | 28 j. | migraine | langer dan 3 j. | Homol: F migr.<br>Heterol: M rheuma. | Vroeger vulg. migr. Sinds 3 j. gecombineerd met r. zijdige paraesthesieën; hoofdpijn links; slaperigheid, bleekheid. |
| 13. | vr. | 37 j. | migraine | sinds jeugd | Homol: M, SM, F } migr.<br>Heterol: P diabetes<br>pleegde suicide<br>M nierlijden. | Aanvallen gepaard met slaapstoornissen (onrust), slaapzucht, dwanggapen, bleekzien, zweetuitbarstingen, lichtschuwheid, erge moedeloosheid, waarbij ze denkt nooit meer beter te zullen worden. Anisocorie, l. > r. |
| 14. | vr. | 40 j. | migraine ophthalmique | sinds 14de j. | Homol: in P's en M's fam. zeer veel hoofdpijnlijders.<br>Heterol: P rheuma.<br>SM diabetes. | Sinds jeugd veel hoofdpijn en galbraken, later herhaaldelijk voorafgegaan door voorbijgaand „niets kunnen zien" en „mispraten" (kan de woorden niet vinden, zegt verkeerde woorden). |
| 15. | vr. | 30 j. | migraine vestibulaire | onbekend | Homol: M, S } migr.<br>Heterol: S, SP } toevallen | Aanvallen van heftige duizeligheid en hoofdpijn, soms gepaard met sterretjes zien. Bij een aanval werd waargenomen positieve Romberg (vallen naar links) bij loopen met gesloten oogen, devieeren naar links; geen miswijzen. Pat$^{e}$ klaagt over oorsuizen links. |
| 16. | vr. | 47 j. | migraine | sinds 17 jaar | Homol: M, F, F$^{1}$ } migr.<br>Heterol: F, F$^{1}$ } nierlijden | Hoofdpijnen gelocaliseerd in 't achterhoofd, de aanvallen nemen de laatste jaren toe in frequentie en intensiteit, bovendien is in dien tijd opgetreden toe- |



| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | nemende nervositas, vooral angst. Ook haaruitval. |
| 17. | m. | 14 j. | migraine ophthalmique | verschillende jaren | geen bijzonderheden in familie. | Typische migr. aanvallen met opvallende prikkelbaarheid. Vooraf: sterretjes zien. |
| 18. | m. | 58 j. | migraine (vestibulaire) | tientallen jaren | Homol: M migr. | Om de paar weken ½ tot eenige dagen duizeligheid, hoofdpijn, braken. |
| 19. | m. | 14 j. | migraine | langer dan 3 j. | Homol: M migr. | Asthenische, nerveuse jongen. |
| 20. | vr. | 34 j. | migraine | sinds jeugd | onvoldoende bekend. | Migr. aanvallen, soms beginnend met duizeling, gepaard met heftig koude-gevoel, dwanggapen, huilbuien. |
| 21. | vr. | 44 j. | migraine | sinds jeugd | geen bijzonderheden. | Vnl. tegen de menses 2-daagsche hoofdpijnaanvallen, voorafgegaan door alg. matheid, duizeligheid, en gepaard met ongemotiveerde huilbuien. |
| 22. | vr. | 26 j. | migraine | sinds jaren | Homol: M (Zondagsche migraine)<br>S migr. | Ziet in bed allerlei figuren voor zich: slangen, geesten, paarden; daarna de hoofdpijn, waarbij r. oog klein wordt. Aanval gepaard met slaapzucht (valt op stoel in slaap). Vroeger in 't bijzonder Zondagsche aanvallen. |
| 23. | m. | 6 j. | kindermigraine | meer dan 3 j. | Homol: MP, FP, SP } migr. | Kortdurende aanvallen van heftige voorhoofdspijn, vooral na emoties, eindigend met slaap; asthenische jongen. |
| 24. | vr. | 21 j. | migr. vestibulaire<br>migr. ophthalmique<br>migraine | sinds 17de j. | Homol: M migr.<br>Heterol: M vetzucht hartlijden.<br>SM hartlijden. | Sinds 17de jaar (menarche) aanvallen, soms beginnend met heftige duizeling met neervallen (geen bewusteloosheid), soms alleen bestaande uit heftige l. zijdige hoofdpijn. Voorafgegaan door |

| No. | Geslacht | Leeftijd | Diagnose | Duur | Herediteit | Bijzonderheden |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | slaapzucht (valt op stoel in slaap). Vooraf dwanggapen. |
| 12. | m. | 28 j. | migraine | langer dan 3 j. | Homol: F migr.<br>Heterol: M rheuma. | Vroeger vulg. migr. Sinds 3 j. gecombineerd met r. zijdige paraesthesieën; hoofdpijn links; slaperigheid, bleekheid. |
| 13. | vr. | 37 j. | migraine | sinds jeugd | Homol: M, SM, F } migr.<br>Heterol: P diabetes pleegde suicide<br>M nierlijden. | Aanvallen gepaard met slaapstoornissen (onrust), slaapzucht, dwanggapen, bleekzien, zweetuitbarstingen, lichtschuwheid, erge moedeloosheid, waarbij ze denkt nooit meer beter te zullen worden. Anisocorie, l. > r. |
| 14. | vr. | 40 j. | migraine ophthalmique | sinds 14de j. | Homol: in P's en M's fam. zeer veel hoofdpijnlijders.<br>Heterol: P rheuma.<br>SM diabetes. | Sinds jeugd veel hoofdpijn en galbraken, later herhaaldelijk voorafgegaan door voorbijgaand „niets kunnen zien" en „mispraten" (kan de woorden niet vinden, zegt verkeerde woorden). |
| 15. | vr. | 30 j. | migraine vestibulaire | onbekend | Homol: M, S } migr.<br>Heterol: S, SP } toevallen | Aanvallen van heftige duizeligheid en hoofdpijn, soms gepaard met sterretjes zien. Bij een aanval werd waargenomen positieve Romberg (vallen naar links) bij loopen met gesloten oogen, devieeren naar links; geen miswijzen. Pat$^{e}$ klaagt over oorsuizen links. |
| 16. | vr. | 47 j. | migraine | sinds 17 jaar | Homol: M, F, F$^{1}$ } migr.<br>Heterol: F, F$^{1}$ } nierlijden | Hoofdpijnen gelocaliseerd in 't achterhoofd, de aanvallen nemen de laatste jaren toe in frequentie en intensiteit, bovendien is in dien tijd opgetreden toe- |



| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | nemende nervositas, vooral angst. Ook haaruitval. |
| 17. | m. | 14 j. | migraine ophthalmique | verschillende jaren | geen bijzonderheden in familie. | Typische migr. aanvallen met opvallende prikkelbaarheid. Vooraf: sterretjes zien. |
| 18. | m. | 58 j. | migraine (vestibulaire) | tientallen jaren | Homol: M migr. | Om de paar weken ½ tot eenige dagen duizeligheid, hoofdpijn, braken. |
| 19. | m. | 14 j. | migraine | langer dan 3 j. | Homol: M migr. | Asthenische, nerveuse jongen. |
| 20. | vr. | 34 j. | migraine | sinds jeugd | onvoldoende bekend. | Migr. aanvallen, soms beginnend met duizeling, gepaard met heftig koude-gevoel, dwanggapen, huilbuien. |
| 21. | vr. | 44 j. | migraine | sinds jeugd | geen bijzonderheden. | Vnl. tegen de menses 2-daagsche hoofdpijnaanvallen, voorafgegaan door alg. matheid, duizeligheid, en gepaard met ongemotiveerde huilbuien. |
| 22. | vr. | 26 j. | migraine | sinds jaren | Homol: M (Zondagsche migraine)<br>S migr. | Ziet in bed allerlei figuren voor zich: slangen, geesten, paarden; daarna de hoofdpijn, waarbij r. oog klein wordt. Aanval gepaard met slaapzucht (valt op stoel in slaap). Vroeger in 't bijzonder Zondagsche aanvallen. |
| 23. | m. | 6 j. | kindermigraine | meer dan 3 j. | Homol: MP, FP, SP } migr. | Kortdurende aanvallen van heftige voorhoofdspijn, vooral na emoties, eindigend met slaap; asthenische jongen. |
| 24. | vr. | 21 j. | migr. vestibulaire<br>migr. ophthalmique<br>migraine | sinds 17de j. | Homol: M migr.<br>Heterol: M vetzucht hartlijden.<br>SM hartlijden. | Sinds 17de jaar (menarche) aanvallen, soms beginnend met heftige duizeling met neervallen (geen bewusteloosheid), soms alleen bestaande uit heftige l. zijdige hoofdpijn. Voorafgegaan door |

| No. | Geslacht | Leeftijd | Diagnose | Duur | Herediteit | Bijzonderheden |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | schitteren of door heelemaal niet kunnen zien. Veel slaapstoornissen. Op het eind van den aanval groote hoeveelheden lichte urine. 2 maal in de week een aanval. Is gestuurd wegens psychische stoornissen. Is nl. verdrietig en zenuwachtig geworden, vnl. tijdens de aanvallen, waarbij zij zich zeer vereenzaamd voelt. Na behandeling voor de hoofdpijn voelt zij zich in 't minst niet meer depressief. |
| 25. | m. | 25 j. | migraine | sinds eenige jaren | Homol: M migr.<br>PM migr. | Pijn meest gelocaliseerd aan de r. slaap. Hoofdpijn komt 's morgens opzetten. Eenige malen per week. Als het heel erg is, wordt gezicht rood. Na slapen over. |
| 26. | m. | 46 j. | migraine | sinds schooljaren | Homol: M migr.<br>S migr. | Hoofdpijnaanvallen met braken, slaperigheid, gevoel van kou, gedrukte stemming, prikkelbaarheid. Dag vooraf: groote hoeveelheden heldere urine met dreigende incontinentie. |
| 27. | m. | 14 j. | migraine | sinds 7de j. | Homol: P migr. | Hoofdpijnaanvallen met braken, slaapzucht en ontstemming. Cyanose van de extremiteiten, sterke marmering van de huid. |
| 28. | vr. | 32 j. | migraine (ophthalmoplégique) | sinds jeugd | Homol: SM migr.<br>Heterol: FaSM asthma. | Hoofdpijnaanvallen van paar uur tot paar dagen, gepaard met ontzettende lusteloosheid, lichtschuwheid, soms duidelijk dubbelzien; eindigend met overvloedige vochtafscheiding uit de neus. |
| 29. | m. | 35 j. | migr. ophthalmique | aantal jaren | Homol: S migr.<br>Heterol: M rheuma.<br>FsFP asthma.<br>FM asthma. | Hoofdpijnaanvallen voorafgegaan door sterretjes zien, gevolgd door haaruitval circumscript, gepaard met sufheid, slaapzucht. |
| 30. | m. | 10 j. | migraine | laatste jaren | Homol: M, SP, SM } migr. | Hoofdpijnaanvallen, meest links; reeds tevoren is het aan zijn kleur te zien, dat een aanval op komst is. |
| 31. | m. | 7 j. | migraine | paar jaren | Homol: P migr. | Hoofdpijnaanvallen, overwegend links, met braken; om de paar weken; eenige dagen tevoren opvallend veel eten, lastig en plaagzuchtig. |
| 32. | vr. | 22 j. | migraine (facioplégique?) | sinds jeugd | Homol: M, S, $S^1$ } migr. | Hoofdpijnaanvallen met braken, 1 maal gepaard met facialis verlamming. |
| 33. | vr. | 21 j. | migraine ophthalmoplégique | sinds jeugd | Onvoldoende bekend. | 3-maandelijksche eenzijdige hoofdpijnaanvallen met braken en complete of partieele oculomotorius-verlamming. |
| 34. | vr. | 19 j. | migraine | sinds 13de j. | Homol: FM migr. | Hoofdpijnaanvallen met ongemotiveerd verdriet, slaapstoornissen, sterke kleurwisselingen; tevoren heftig duizelig, ook tevoren slaapstoornissen. In de jeugd: chorea minor. |
| 35. | vr. | 27 j. | migraine | sinds 8ste j. | Homol: FPM migr.<br>Heterol: $M^2$ chronisch nierlijden.<br>FM nierziekten.<br>$F^1M$ nierziekten. | Hoofdpijnaanvallen meest l. slaapstreek; gepaard met prikkelen l. lichaamshelft. Zelden braken. Soms scotomen een dag vooraf. Wit, koud, ziek erbij, gaapaanvallen, ongemotiveerd verdriet, huilneiging. |

| No. | Geslacht | Leeftijd | Diagnose | Duur | Herediteit | Bijzonderheden |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | schitteren of door heelemaal niet kunnen zien. Veel slaapstoornissen. Op het eind van den aanval groote hoeveelheden lichte urine. 2 maal in de week een aanval. Is gestuurd wegens psychische stoornissen. Is nl. verdrietig en zenuwachtig geworden, vnl. tijdens de aanvallen, waarbij zij zich zeer vereenzaamd voelt. Na behandeling voor de hoofdpijn voelt zij zich in 't minst niet meer depressief. |
| 25. | m. | 25 j. | migraine | sinds eenige jaren | Homol: M migr.<br>PM migr. | Pijn meest gelocaliseerd aan de r. slaap. Hoofdpijn komt 's morgens opzetten. Eenige malen per week. Als het heel erg is, wordt gezicht rood. Na slapen over. |
| 26. | m. | 46 j. | migraine | sinds schooljaren | Homol: M migr.<br>S migr. | Hoofdpijnaanvallen met braken, slaperigheid, gevoel van kou, gedrukte stemming, prikkelbaarheid. Dag vooraf: groote hoeveelheden heldere urine met dreigende incontinentie. |
| 27. | m. | 14 j. | migraine | sinds 7de j. | Homol: P migr. | Hoofdpijnaanvallen met braken, slaapzucht en ontstemming. Cyanose van de extremiteiten, sterke marmering van de huid. |
| 28. | vr. | 32 j. | migraine (ophthalmoplégique) | sinds jeugd | Homol: SM migr.<br>Heterol: FaSM asthma. | Hoofdpijnaanvallen van paar uur tot paar dagen, gepaard met ontzettende lusteloosheid, lichtschuwheid, soms duidelijk dubbelzien; eindigend met overvloedige vochtafscheiding uit de neus. |
| 29. | m. | 35 j. | migr. ophthalmique | aantal jaren | Homol: S migr.<br>Heterol: M rheuma.<br>FsFP asthma.<br>FM asthma. | Hoofdpijnaanvallen voorafgegaan door sterretjes zien, gevolgd door haaruitval circumscript, gepaard met sufheid, slaapzucht. |
| 30. | m. | 10 j. | migraine | laatste jaren | Homol: M, SP, SM } migr. | Hoofdpijnaanvallen, meest links; reeds tevoren is het aan zijn kleur te zien, dat een aanval op komst is. |
| 31. | m. | 7 j. | migraine | paar jaren | Homol: P migr. | Hoofdpijnaanvallen, overwegend links, met braken; om de paar weken; eenige dagen tevoren opvallend veel eten, lastig en plaagzuchtig. |
| 32. | vr. | 22 j. | migraine (facioplégique?) | sinds jeugd | Homol: M, S, $S^1$ } migr. | Hoofdpijnaanvallen met braken, 1 maal gepaard met facialis verlamming. |
| 33. | vr. | 21 j. | migraine ophthalmoplégique | sinds jeugd | Onvoldoende bekend. | 3-maandelijksche eenzijdige hoofdpijnaanvallen met braken en complete of partieele oculomotorius-verlamming. |
| 34. | vr. | 19 j. | migraine | sinds 13de j. | Homol: FM migr. | Hoofdpijnaanvallen met ongemotiveerd verdriet, slaapstoornissen, sterke kleurwisselingen; tevoren heftig duizelig, ook tevoren slaapstoornissen. In de jeugd: chorea minor. |
| 35. | vr. | 27 j. | migraine | sinds 8ste j. | Homol: FPM migr.<br>Heterol: $M^2$ chronisch nierlijden.<br>FM nierziekten.<br>$F^1M$ nierziekten. | Hoofdpijnaanvallen meest l. slaapstreek; gepaard met prikkelen l. lichaamshelft. Zelden braken. Soms scotomen een dag vooraf. Wit, koud, ziek erbij, gaapaanvallen, ongemotiveerd verdriet, huilneiging. |

| No. | Geslacht | Leeftijd | Diagnose | Duur | Herediteit | Bijzonderheden |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 36. | vr. | 34 j. | migraine (ophthalmoplégique) | sinds 7de j. | Homol: M migr.<br>Heterol: P rheuma. | Om de 2 à 3 maanden typische migraine-aanvallen. Soms gepaard met totale of partieele, eenzijdige oculomotoriusverlammingen. In aansluiting aan toenemende frequentie en intensiteit der aanvallen, ontwikkelde zich een migraine-depressie. Op 14-jarige leeftijd glaucoma simplex. Sinds 1920, nu en dan Quincke's oedeem. |
| 37. | m. | 37 j. | migraine | meer dan 5 jaar | Homol: M migr. | Hoofdpijnaanvallen met opvallende slaapzucht en verdwijnen van alle levenslust. |
| 38. | vr. | 23 j. | migraine (facioplégique?) | sinds jaren | Homol: S migr. | Op 13de j. chorea minor. Hoofdpijnaanvallen meest links, gepaard met opvallende neerslachtigheid, gevoel of oogen dichtvallen; 1 maal aansluitend facialis verlamming. |
| 39. | m. | 41 j. | migraine (vestibulaire?) ophthalmoplégique | sinds jeugd | Homol: M migr.<br>$M^2$ migr. | Hoofdpijnaanvallen, meest éénzijdig, met oogtranen, kou, hevige duizeligheid, slaapzucht, dubbelzien soms, droefgeestigheid; na onderdrukken van de pijn nog vaak angstbuien met geluidsvrees en slaapstoornissen. |
| 40. | vr. | 24 j. | migraine | sinds 14de j. | Homol: F, FM } migr.<br>Heterol: P ca. ventriculi<br>S t.b.c. | Migraine-aanvallen om de 3 weken, met rechtszijdige hoofdpijn, lusteloosheid en slaapstoornissen, afgewisseld door buien, waarbij de hoofdpijn op de achtergrond stond, en die gekenmerkt waren door apathie, moeheid „mangel an Antrieb", „Salbengesicht" en verlaging van het basaal metabolisme. |
| 41. | m. | 13 j. | migraine ophthalmique | sinds 9 mnd. | Homol: P hoofdpijnaanvallen op zelfde leeftijd als patiënt.<br>Heterol: M asthma. | Wazig zien; vlokjes zien; dan hoofdpijn; eindigt met braken. Duur ½ dag. Soms valt l. oog wat dicht. Tijdens aanval slaperig, alg. ziek, onlustgevoel. |
| 42. | m. | 39 j. | migraine | sinds 15 jaar | onbekend | Eenzijdige hoofdpijnaanvallen zonder braken, af en toe scotomen; slaapstoornissen en lusteloosheid; asthenische nerveuse man, met angstaanvallen en colonspasmen. |
| 43. | m. | 36 j. | migraine (ophthalmoplégique) | sinds c. 1 jaar | Homol: S hoofdpijnbuien („schele hoofdpijn"). | Af en toe tijdens de hoofdpijnbuien dubbelzien. Pijn l. in het voorhoofd, duizelig, soms braken, slaapstoornissen. |
| 44. | vr. | 35 j. | migraine (ophthalmoplégique) | sinds jaren | Homol: M, S, SM } migr.<br>Heterol: $M^2$ toevallen<br>P potator | Migraine-aanvallen, bovendien Quincke's oedeem van kin en rug; tijdens aanval zwelling van neus en omgeving van het oog. Hoofdpijnaanval gepaard met dubbelzien, soms gekenmerkt door asthenisch-depressief syndroom, voorafgegaan door verhoogde sexueele prikkelbaarheid. |
| 45. | m. | 47 j. | migraine (ophthalmoplégique) | sinds circa 18 j. | Homol: S hoofdpijnbuien.<br>$S^1$ hoofdpijnbuien.<br>Heterol: F rheuma. | Sinds 7 j. gaat meestal aan de hoofdpijn vooraf: dubbelzien. Pijn is houdbaar, maar opvallend gedeprimeerd (onevenredig aan de pijn). Tijdens den aanval bleek, gaapaanvallen, prikkelbaar, huilbuien, vaak slaapstoornissen. |
| 46. | vr. | 21 j. | migraine | sinds 7 jaar | Homol: SM hoofdpijnbuien met wit zien.<br>Heterol: P rheuma. | Laatste ½ j. worden buien voorafgegaan door draaierigheid voor de oogen. Hiervóór al bleekzien. Duur: paar da- |

| No. | Geslacht | Leeftijd | Diagnose | Duur | Herediteit | Bijzonderheden |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 36. | vr. | 34 j. | migraine (ophthalmoplégique) | sinds 7de j. | Homol: M migr.<br>Heterol: P rheuma. | Om de 2 à 3 maanden typische migraine-aanvallen. Soms gepaard met totale of partieele, eenzijdige oculomotoriusverlammingen. In aansluiting aan toenemende frequentie en intensiteit der aanvallen, ontwikkelde zich een migraine-depressie. Op 14-jarige leeftijd glaucoma simplex. Sinds 1920, nu en dan Quincke's oedeem. |
| 37. | m. | 37 j. | migraine | meer dan 5 jaar | Homol: M migr. | Hoofdpijnaanvallen met opvallende slaapzucht en verdwijnen van alle levenslust. |
| 38. | vr. | 23 j. | migraine (facioplégique?) | sinds jaren | Homol: S migr. | Op 13de j. chorea minor. Hoofdpijnaanvallen meest links, gepaard met opvallende neerslachtigheid, gevoel of oogen dichtvallen; 1 maal aansluitend facialis verlamming. |
| 39. | m. | 41 j. | migraine (vestibulaire?) ophthalmoplégique | sinds jeugd | Homol: M migr.<br>$M^2$ migr. | Hoofdpijnaanvallen, meest éénzijdig, met oogtranen, kou, hevige duizeligheid, slaapzucht, dubbelzien soms, droefgeestigheid; na onderdrukken van de pijn nog vaak angstbuien met geluidsvrees en slaapstoornissen. |
| 40. | vr. | 24 j. | migraine | sinds 14de j. | Homol: F, FM } migr.<br>Heterol: P ca. ventriculi<br>S t.b.c. | Migraine-aanvallen om de 3 weken, met rechtszijdige hoofdpijn, lusteloosheid en slaapstoornissen, afgewisseld door buien, waarbij de hoofdpijn op de achtergrond stond, en die gekenmerkt waren door apathie, moeheid „mangel an Antrieb", „Salbengesicht" en verlaging van het basaal metabolisme. |
| 41. | m. | 13 j. | migraine ophthalmique | sinds 9 mnd. | Homol: P hoofdpijnaanvallen op zelfde leeftijd als patiënt.<br>Heterol: M asthma. | Wazig zien; vlokjes zien; dan hoofdpijn; eindigt met braken. Duur ½ dag. Soms valt l. oog wat dicht. Tijdens aanval slaperig, alg. ziek, onlustgevoel. |
| 42. | m. | 39 j. | migraine | sinds 15 jaar | onbekend | Eenzijdige hoofdpijnaanvallen zonder braken, af en toe scotomen; slaapstoornissen en lusteloosheid; asthenische nerveuse man, met angstaanvallen en colonspasmen. |
| 43. | m. | 36 j. | migraine (ophthalmoplégique) | sinds c. 1 jaar | Homol: S hoofdpijnbuien („schele hoofdpijn"). | Af en toe tijdens de hoofdpijnbuien dubbelzien. Pijn l. in het voorhoofd, duizelig, soms braken, slaapstoornissen. |
| 44. | vr. | 35 j. | migraine (ophthalmoplégique) | sinds jaren | Homol: M, S, SM } migr.<br>Heterol: $M^2$ toevallen<br>P potator | Migraine-aanvallen, bovendien Quincke's oedeem van kin en rug; tijdens aanval zwelling van neus en omgeving van het oog. Hoofdpijnaanval gepaard met dubbelzien, soms gekenmerkt door asthenisch-depressief syndroom, voorafgegaan door verhoogde sexueele prikkelbaarheid. |
| 45. | m. | 47 j. | migraine (ophthalmoplégique) | sinds circa 18 j. | Homol: S hoofdpijnbuien.<br>$S^1$ hoofdpijnbuien.<br>Heterol: F rheuma. | Sinds 7 j. gaat meestal aan de hoofdpijn vooraf: dubbelzien. Pijn is houdbaar, maar opvallend gedeprimeerd (onevenredig aan de pijn). Tijdens den aanval bleek, gaapaanvallen, prikkelbaar, huilbuien, vaak slaapstoornissen. |
| 46. | vr. | 21 j. | migraine | sinds 7 jaar | Homol: SM hoofdpijnbuien met wit zien.<br>Heterol: P rheuma. | Laatste ½ j. worden buien voorafgegaan door draaierigheid voor de oogen. Hiervóór al bleekzien. Duur: paar da- |

| No. | Geslacht | Leeftijd | Diagnose | Duur | Herediteit | Bijzonderheden |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | gen; erg slaperig, lusteloos, doodsverlangen, angst, huilbuien. Menses frequent. |
| 47. | vr. | 48 j. | migraine (ophthalmoplégique) | reeds sinds ger. tijd | Onvoldoende gegevens. | Paar aanvallen in de 14 dagen, „schele hoofdpijn" met slaperigheid, dubbelzien, galbraken, sufheid, zweetuitbarstingen, lichtschuw, rood en bleek worden; tevoren zwaar slapen, onrustig droomen, „rêves précurseurs", wakker met afgemat gevoel. |
| 48. | m. | 18 j. | migraine status hemicranicus | reeds sinds schooltijd | Homol: M migr.<br>Heterol: M galsteenen.<br>F dauwworm. | 14 dagen vóór polikliniekbezoek van werk thuis, kon haast niet zien (duurde 10 min.), daarna heftige hoofdpijn en dien dag steeds sterretjes zien, duizelig, 1 maal gebraakt; de migraine bleef daarna 2 weken bestaan. Vóór 2 jaar Quincke's oedeem, nu vaak prikkeling van het lichaam, handen, beenen, soms één-, soms dubbelzijdig. Tijdens aanval suffig, lusteloos, prikkelbaar, slaapzucht overdag. |
| 49. | m. | 8 j. | migraine épileptiforme (opthalmoplégique) | sinds 2de jaar | Homol: M migr.<br>M² hoofdpijnen (migr.?).<br>Heterol:<br>Fa SPM toevallen.<br>P tot 10de jaar „stuipen". | Sinds 2de j. aanvalsgewijs optredende eenzijdige hoofdpijnen, in het begin gepaard met kortdurende bewusteloosheidsaanval. Geen trekkingen, geen tongbeet, geen incontinentie. Circa 1 maal per maand. Tegenwoordig soms geen bewusteloosheid erbij. De aanval duurt van eenige uren tot een dag; bra- |



| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | ken; eindigt met slapen. Tijdens aanval vaak dubbelzien en uit zijn humeur. Soms vóór aanval angstbui. |
| 50. | vr. | 41 j. | migraine | sinds kinderjaren | Homol: M migr.<br>F migr. | Hoofdpijnaanvallen l., met slaapzucht en prikkelbaarheid, soms flikkerscotoom, onafhankelijk van migr. aanval. |
| 51. | vr. | 18 j. | migraine | sinds 16e jaar (menarche) | Homol: P soms plotseling heftige hoofdpijn van één uur.<br>M vóór haar huwelijk aanvalsgewijs optredend galbraken.<br>Heterol: SM zou toevallen gehad hebben. | Vóór aanval: donker, trillend voor de oogen. Tijdens aanval: misselijk, duizelig, braakt veel, psychische verandering, depressief, humeurig; slapend gevoel handen, ziet er uit als een doode. Eindigt met slaap. Vaak dwanggapen. Dadelijk na aanval weer vroolijk, duurt 1 dag. Freq.: vroeger paar maal per week, later minder. |
| 52. | vr. | 14 j. | migraine | laatste jaar | geen bijzonderheden | Begint met jeukend gevoel l. been, arm en l. gezichtshelft. Daarna hoofdpijn, braken, daarna slapen. Pijn boven in het hoofd. |
| 53. | m. | 17 j. | migraine ophthalmique | sinds 4 jaar | onbekend | ½ u. lang schemeringen voor de oogen, kan dan niet lezen, daarna erge hoofdpijn boven de oogen; geen misselijkheid. |
| 54. | vr. | 19 j. | migraine | sinds 6 jaar | Homol: M in jeugd veel hoofdpijnen, altijd koude blauwe handen en voeten. | Pijn gelocaliseerd boven in het hoofd. Soms duizelig en neusbloedingen. 's Zomers erger. |
| 55. | vr. | 30 j. | migraine ophthalmique | sinds 7 j. 8 mnd. geleden, na 2de kind, erger geworden | Homol: M vroeger vaak voor hoofdpijnaanvallen 1 dag in bed.<br>Heterol: M rheuma.<br>P vetzucht. | Soms misselijk, vaak duizelig, tijdens aanval: sterretjes, trillen, gekleurde wazige figuurtjes in heele gezichtsveld. Laatste tijd psychisch veranderd; tijdens hoofdpijn humeurig, verdrietig, huilbuien, slaperig gevoel, zwaarte van de oogleden. Ziet er dan vervallen uit. |

| No. | Geslacht | Leeftijd | Diagnose | Duur | Herediteit | Bijzonderheden |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | gen; erg slaperig, lusteloos, doodsverlangen, angst, huilbuien. Menses frequent. |
| 47. | vr. | 48 j. | migraine (ophthalmoplégique) | reeds sinds ger. tijd | Onvoldoende gegevens. | Paar aanvallen in de 14 dagen, „schele hoofdpijn" met slaperigheid, dubbelzien, galbraken, sufheid, zweetuitbarstingen, lichtschuw, rood en bleek worden; tevoren zwaar slapen, onrustig droomen, „rêves précurseurs", wakker met afgemat gevoel. |
| 48. | m. | 18 j. | migraine status hemicranicus | reeds sinds schooltijd | Homol: M migr.<br>Heterol: M galsteenen.<br>F dauwworm. | 14 dagen vóór polikliniekbezoek van werk thuis, kon haast niet zien (duurde 10 min.), daarna heftige hoofdpijn en dien dag steeds sterretjes zien, duizelig, 1 maal gebraakt; de migraine bleef daarna 2 weken bestaan. Vóór 2 jaar Quincke's oedeem, nu vaak prikkeling van het lichaam, handen, beenen, soms één-, soms dubbelzijdig. Tijdens aanval suffig, lusteloos, prikkelbaar, slaapzucht overdag. |
| 49. | m. | 8 j. | migraine épileptiforme (opthalmoplégique) | sinds 2de jaar | Homol: M migr.<br>M² hoofdpijnen (migr.?).<br>Heterol:<br>Fa SPM toevallen.<br>P tot 10de jaar „stuipen". | Sinds 2de j. aanvalsgewijs optredende eenzijdige hoofdpijnen, in het begin gepaard met kortdurende bewusteloosheidsaanval. Geen trekkingen, geen tongbeet, geen incontinentie. Circa 1 maal per maand. Tegenwoordig soms geen bewusteloosheid erbij. De aanval duurt van eenige uren tot een dag; bra- |



| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | ken; eindigt met slapen. Tijdens aanval vaak dubbelzien en uit zijn humeur. Soms vóór aanval angstbui. |
| 50. | vr. | 41 j. | migraine | sinds kinderjaren | Homol: M migr.<br>F migr. | Hoofdpijnaanvallen l., met slaapzucht en prikkelbaarheid, soms flikkerscotoom, onafhankelijk van migr. aanval. |
| 51. | vr. | 18 j. | migraine | sinds 16e jaar (menarche) | Homol: P soms plotseling heftige hoofdpijn van één uur.<br>M vóór haar huwelijk aanvalsgewijs optredend galbraken.<br>Heterol: SM zou toevallen gehad hebben. | Vóór aanval: donker, trillend voor de oogen. Tijdens aanval: misselijk, duizelig, braakt veel, psychische verandering, depressief, humeurig; slapend gevoel handen, ziet er uit als een doode. Eindigt met slaap. Vaak dwanggapen. Dadelijk na aanval weer vroolijk, duurt 1 dag. Freq.: vroeger paar maal per week, later minder. |
| 52. | vr. | 14 j. | migraine | laatste jaar | geen bijzonderheden | Begint met jeukend gevoel l. been, arm en l. gezichtshelft. Daarna hoofdpijn, braken, daarna slapen. Pijn boven in het hoofd. |
| 53. | m. | 17 j. | migraine ophthalmique | sinds 4 jaar | onbekend | ½ u. lang schemeringen voor de oogen, kan dan niet lezen, daarna erge hoofdpijn boven de oogen; geen misselijkheid. |
| 54. | vr. | 19 j. | migraine | sinds 6 jaar | Homol: M in jeugd veel hoofdpijnen, altijd koude blauwe handen en voeten. | Pijn gelocaliseerd boven in het hoofd. Soms duizelig en neusbloedingen. 's Zomers erger. |
| 55. | vr. | 30 j. | migraine ophthalmique | sinds 7 j. 8 mnd. geleden, na 2de kind, erger geworden | Homol: M vroeger vaak voor hoofdpijnaanvallen 1 dag in bed.<br>Heterol: M rheuma.<br>P vetzucht. | Soms misselijk, vaak duizelig, tijdens aanval: sterretjes, trillen, gekleurde wazige figuurtjes in heele gezichtsveld. Laatste tijd psychisch veranderd; tijdens hoofdpijn humeurig, verdrietig, huilbuien, slaperig gevoel, zwaarte van de oogleden. Ziet er dan vervallen uit. |

| No. | Geslacht | Leeftijd | Diagnose | Duur | Herediteit | Bijzonderheden |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 56. | vr. | 42 j. | migraine | sinds 21 j. laatste mnd. erger | Onvoldoende gegevens. | Aanvalsgewijs; tegenwoordig 3maal per week in bed met braken; pijn nu eens boven 't ééne, dan boven 't andere oog; koude handen, voeten; menses ongeregeld. Tijdens aanval: rood, slaapneiging zonder slapen, wat suf, erg lusteloos. |
| 57. | vr. | 29 j. | migraine | sinds 13de jaar | Homol: P migr.<br>M en M² veel hoofdpijnen (migraine?).<br>Heterol: P asthma.<br>FM toevallen.<br>F¹M achterlijk.<br>F achterlijk. | Na allerlei onaangename sensatie's in zij en hals treedt een hoofdpijnaanval op, 1 maal in de 14dagen, meest rechtszijdig, eindigend met braken. Duur 1 tot 2 dagen, gepaard met slaapstoornissen en met verdwijnen van de levenslust, doodsverlangen, terwijl zij anders juist zoo levenslustig is. Aan den aanval vooraf en erna vaak hongeraanvallen met schuim in den mond. Voor den aanval veelal opgewonden, „dol". Uitgesproken pyknische habitus. |
| 58. | vr. | 47 j. | migraine | meer dan 10 jaar | Homol: M migr.<br>M² migr.<br>Heterol: M diabetes. | Pijnaanvallen komen in nek op, trekken naar voren in linker schedelhelft. Gepaard met algemeen ziekzijn, lichtschuwheid, gevoel van ijskoude, zweeten, soms braken; duizeligheid. Den nacht vooraf „trekken" in l. arm en been, wakker met angstbuien, hartkloppingen. |
| 59. | m. | 30 j. | migraine | sinds 14de j. | Heterol: M toevallen (op 50 jaar). | Op 14de jaar periode typische migraine. Na woorden met chef een duizeling. Daarna weer periode gekomen van hoofdpijnen met braken, verder lusteloosheid, huilbuien. |
| 60. | m. | 14 j. | migraine | sinds 11de j. | Heterol: M voor 4 j. 1 jaar lang „zenuwtoevallen". | Sinds 11de jaar herhaaldelijk in den loop van den vroegen morgen (7 u.) optredende en circa 4 uren durende aanvallen van hoofdpijn met braken, algemeen zwaar ziek gevoel, licht- en geluidschuwheid. De moeder heeft opgemerkt dat patiënt vóór een aanval een week lang in bed watert 's nachts. |
| 61. | m. | 15 j. | migraine ophthalmique | sinds ½ jaar | Heterol: P rheuma. | Hoofdpijnaanvallen voorafgegaan door 10 minuten lang bijna niets zien; misselijk er bij, geen braken. |
| 62. | m. | 6 j. | migraine abdominale migraine | sinds 4de j. | Homol: M migr.<br>F migr. | Migraine na trauma (in kelder gevallen; niet bewusteloos). Hoofdpijnaanvallen 1 maal per week met stil en wit worden en braken (duur: 1 dag). Choreïforme trekkingen. Soms in plaats van hoofdpijnaanval wit worden met buikpijn. |
| 63. | m. | 4 j. | kindermigraine | sinds 2de jaar | Onbekend. | Aanval van pijn boven l. oog, veelal braken en voorafgegaan door hongerigheid; aanvallen gepaard met humeurigheid. |
| 64. | m. | 10 j. | kindermigraine | sinds 5de jaar | Onvoldoende gegevens.<br>M zenuwachtig, driftig. | Hoofdpijnaanvallen, soms met braken, zouden zijn opgetreden na val van trap; geen commotio. Pat. heeft wel eens dubbelgezien, 't is niet met zekerheid vast te stellen of dit in samenhang met de migraine was. |

| No. | Geslacht | Leeftijd | Diagnose | Duur | Herediteit | Bijzonderheden |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 56. | vr. | 42 j. | migraine | sinds 21 j. laatste mnd. erger | Onvoldoende gegevens. | Aanvalsgewijs; tegenwoordig 3 maal per week in bed met braken; pijn nu eens boven 't ééne, dan boven 't andere oog; koude handen, voeten; menses ongeregeld. Tijdens aanval: rood, slaapneiging zonder slapen, wat suf, erg lusteloos. |
| 57. | vr. | 29 j. | migraine | sinds 13de jaar | Homol: P migr.<br>M en M² veel hoofdpijnen (migraine?).<br>Heterol: P asthma.<br>FM toevallen.<br>F¹M achterlijk.<br>F achterlijk. | Na allerlei onaangename sensatie's in zij en hals treedt een hoofdpijnaanval op, 1 maal in de 14 dagen, meest rechtszijdig, eindigend met braken. Duur 1 tot 2 dagen, gepaard met slaapstoornissen en met verdwijnen van de levenslust, doodsverlangen, terwijl zij anders juist zoo levenslustig is. Aan den aanval vooraf en erna vaak hongeraanvallen met schuim in den mond. Voor den aanval veelal opgewonden, „dol". Uitgesproken pyknische habitus. |
| 58. | vr. | 47 j. | migraine | meer dan 10 jaar | Homol: M migr.<br>M² migr.<br>Heterol: M diabetes. | Pijnaanvallen komen in nek op, trekken naar voren in linker schedelhelft. Gepaard met algemeen ziekzijn, lichtschuwheid, gevoel van ijskoude, zweeten, soms braken; duizeligheid. Den nacht vooraf „trekken" in l. arm en been, wakker met angstbuien, hartkloppingen. |
| 59. | m. | 30 j. | migraine | sinds 14de j. | Heterol: M toevallen (op 50 jaar). | Op 14de jaar periode typische migraine. Na woorden met chef een duizeling. Daarna weer periode gekomen van hoofdpijnen met braken, verder lusteloosheid, huilbuien. |
| 60. | m. | 14 j. | migraine | sinds 11de j. | Heterol: M voor 4 j. 1 jaar lang „zenuwtoevallen". | Sinds 11de jaar herhaaldelijk in den loop van den vroegen morgen (7 u.) optredende en circa 4 uren durende aanvallen van hoofdpijn met braken, algemeen zwaar ziek gevoel, licht- en geluidschuwheid. De moeder heeft opgemerkt dat patiënt vóór een aanval een week lang in bed watert 's nachts. |
| 61. | m. | 15 j. | migraine ophthalmique | sinds ½ jaar | Heterol: P rheuma. | Hoofdpijnaanvallen voorafgegaan door 10 minuten lang bijna niets zien; misselijk er bij, geen braken. |
| 62. | m. | 6 j. | migraine abdominale migraine | sinds 4de j. | Homol: M migr.<br>F migr. | Migraine na trauma (in kelder gevallen; niet bewusteloos). Hoofdpijnaanvallen 1 maal per week met stil en wit worden en braken (duur: 1 dag). Choreïforme trekkingen. Soms in plaats van hoofdpijnaanval wit worden met buikpijn. |
| 63. | m. | 4 j. | kindermigraine | sinds 2de jaar | Onbekend. | Aanval van pijn boven l. oog, veelal braken en voorafgegaan door hongerigheid; aanvallen gepaard met humeurigheid. |
| 64. | m. | 10 j. | kindermigraine | sinds 5de jaar | Onvoldoende gegevens.<br>M zenuwachtig, driftig. | Hoofdpijnaanvallen, soms met braken, zouden zijn opgetreden na val van trap; geen commotio. Pat. heeft wel eens dubbelgezien, 't is niet met zekerheid vast te stellen of dit in samenhang met de migraine was. |

| No. | Geslacht | Leeftijd | Diagnose | Duur | Herediteit | Bijzonderheden |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 65. | m. | 11 j. | kindermigraine | zoolang M zich herinnert | Homol: M migr.<br>P migr. | Aanval gevolgd door uren lang slapen. |
| 66. | m. | 14 j. | migraine ophthalmique | sinds 12de j. | Homol: P migr.<br>Heterol: FM epilepsie.<br>F¹M idioot. | Vooraf aan de aanvallen: scotoma scintillans. Patiënt is erg druk. |
| 67. | m. | 39 j. | migraine | sinds 10de j. | Is de vader van voorgaand geval. | Typische migraine-aanvallen met algemeene malaise; frequentie 1 maal per week, duur 1—2 dagen. |
| 68. | m. | 27 j. | migraine | sinds 21ste j. | Homol: M migr.<br>F migr. | Aanvallen van pijn boven in 't hoofd en duizeligheid; is prikkelbaar geworden. |
| 69. | m. | 37 j. | migraine | sinds eenige jaren | Homol: S hoofdpijnen en suicide neiging.<br>Heterol: P krankzinnig. | Pijn gelocaliseerd boven de oogen, trekkend naar de nek. |
| 70. | m. | 36 j. | migraine | sinds 20ste j. | Onbekend. | Tijdens de migr. dwanggapen, bleekzien. Na de migr. hongeraanvallen. |
| 71. | m. | 29 j. | migraine<br>migraine-psychose | sinds 20ste j. | Homol: F migr.<br>Heterol: Pschisophreen.<br>F sinds jaren gestichtspat. | Eens in de 14 dagen migraine-aanval met dubbelzien en slaapregulatiestoornissen. Aanvallen gepaard met dysphorie, soms bewustzijnsveranderingen en querulantenwaan-vorming. |
| 72. | m. | 35 j. | migraine | sinds jaren | Geen bizonderheden. | Pijnen in achterhoofd, naar rug en extremiteiten. Gaapaanvallen. Vóór de hoofdpijn: slaapstoornissen. |



| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 73. | m. | 7 j. | kindermigraine | | Homol: M zware migr. ophthalmique.<br>S migr.<br>Heterol: M² nierlijden, suikerziekte.<br>M niersteenen. | Aanval 1 maal in de 6 weken, spierwit, braken. Vroeger niet ziek, behoudens commotio cerebri op zijn 3e jaar. Koude, cyanotische extremiteiten. |
| 74. | m. | 58 j. | migraine | sinds 2 jaar | Onbekend. | Zondagsche hoofdpijnen en soms braken; zwaarmoedigheid; slaapstoornissen. |
| 75. | m. | 38 j. | migraine | sinds jaren | Onbekend. | In aansluiting aan dubbelzien een trekkend en slapend gevoel in de r. arm, krijgt hij hoofdpijn en moet naar bed. Vooraf voelt hij zich dagen lang onbehagelijk en angstig. |
| 76. | m. | 13 j. | migraine | sinds 9de j. | Onbekend. | Aanvallen van klam worden, met zware, meest l. zijdige hoofdpijn, en vaak braken. |
| 77. | vr. | 44 j. | migraine en schemertoestanden | Vroeger veel hoofdpijnen. Migr. schemertoestanden sinds 2 jaar | Geen bijzonderheden. | De migraine-aanvallen, voorafgegaan door dysphorie, nemen in de laatste jaren soms een zeer heftige vorm aan, gaan gepaard met slaapzucht, onderbroken door buien van hevige motorische onrust en agressieve neigingen. Na afloop amnesie. |
| 78. | vr. | 37 j. | migraine | sinds 5 jaar | Homol: M migr.<br>S migr. | Altijd zenuwachtig geweest, laatste tijd erger. Benauwd beklemd gevoel op borst. Aan den aanval vooraf: te vaste slaap. |
| 79. | vr. | 29 j. | migraine ophthalmique psychopathie | sinds vele maanden | Homol: M migr.<br>SM migr.<br>Heterol: P potator rheuma.<br>FaSM toevallen. | Heftige pijnaanvallen boven in het hoofd, tegen den avond opkomend, duur 1 nacht, eindigend met braken. Bij het begin vaak r. oog rood. Aanvallen gaan |

| No. | Geslacht | Leeftijd | Diagnose | Duur | Herediteit | Bijzonderheden |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 65. | m. | 11 j. | kindermigraine | zoolang M zich herinnert | Homol: M migr.<br>P migr. | Aanval gevolgd door uren lang slapen. |
| 66. | m. | 14 j. | migraine ophthalmique | sinds 12de j. | Homol: P migr.<br>Heterol: FM epilepsie.<br>$F^1M$ idioot. | Vooraf aan de aanvallen: scotoma scintillans. Patiënt is erg druk. |
| 67. | m. | 39 j. | migraine | sinds 10de j. | Is de vader van voorgaand geval. | Typische migraine-aanvallen met algemeene malaise; frequentie 1 maal per week, duur 1—2 dagen. |
| 68. | m. | 27 j. | migraine | sinds 21ste j. | Homol: M migr.<br>F migr. | Aanvallen van pijn boven in 't hoofd en duizeligheid; is prikkelbaar geworden. |
| 69. | m. | 37 j. | migraine | sinds eenige jaren | Homol: S hoofdpijnen en suicide neiging.<br>Heterol: P krankzinnig. | Pijn gelocaliseerd boven de oogen, trekkend naar de nek. |
| 70. | m. | 36 j. | migraine | sinds 20ste j. | Onbekend. | Tijdens de migr. dwanggapen, bleekzien. Na de migr. hongeraanvallen. |
| 71. | m. | 29 j. | migraine<br>migraine-psychose | sinds 20ste j. | Homol: F migr.<br>Heterol: Pschisophreen.<br>F sinds jaren gestichtspat. | Eens in de 14 dagen migraine-aanval met dubbelzien en slaapregulatiestoornissen. Aanvallen gepaard met dysphorie, soms bewustzijnsveranderingen en querulantenwaan-vorming. |
| 72. | m. | 35 j. | migraine | sinds jaren | Geen bizonderheden. | Pijnen in achterhoofd, naar rug en extremiteiten. Gaapaanvallen. Vóór de hoofdpijn: slaapstoornissen. |



| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 73. | m. | 7 j. | kindermigraine | | Homol: M zware migr. ophthalmique.<br>S migr.<br>Heterol: $M^2$ nierlijden, suikerziekte.<br>M niersteenen. | Aanval 1 maal in de 6 weken, spierwit, braken. Vroeger niet ziek, behoudens commotio cerebri op zijn 3e jaar. Koude, cyanotische extremiteiten. |
| 74. | m. | 58 j. | migraine | sinds 2 jaar | Onbekend. | Zondagsche hoofdpijnen en soms braken; zwaarmoedigheid; slaapstoornissen. |
| 75. | m. | 38 j. | migraine | sinds jaren | Onbekend. | In aansluiting aan dubbelzien een trekkend en slapend gevoel in de r. arm, krijgt hij hoofdpijn en moet naar bed. Vooraf voelt hij zich dagen lang onbehagelijk en angstig. |
| 76. | m. | 13 j. | migraine | sinds 9de j. | Onbekend. | Aanvallen van klam worden, met zware, meest l. zijdige hoofdpijn, en vaak braken. |
| 77. | vr. | 44 j. | migraine en schemertoestanden | Vroeger veel hoofdpijnen. Migr. schemertoestanden sinds 2 jaar | Geen bijzonderheden. | De migraine-aanvallen, voorafgegaan door dysphorie, nemen in de laatste jaren soms een zeer heftige vorm aan, gaan gepaard met slaapzucht, onderbroken door buien van hevige motorische onrust en agressieve neigingen. Na afloop amnesie. |
| 78. | vr. | 37 j. | migraine | sinds 5 jaar | Homol: M migr.<br>S migr. | Altijd zenuwachtig geweest, laatste tijd erger. Benauwd beklemd gevoel op borst. Aan den aanval vooraf: te vaste slaap. |
| 79. | vr. | 29 j. | migraine ophthalmique psychopathie | sinds vele maanden | Homol: M migr.<br>SM migr.<br>Heterol: P potator rheuma.<br>FaSM toevallen. | Heftige pijnaanvallen boven in het hoofd, tegen den avond opkomend, duur 1 nacht, eindigend met braken. Bij het begin vaak r. oog rood. Aanvallen gaan |

| No. | Geslacht | Leeftijd | Diagnose | Duur | Herediteit | Bijzonderheden |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | gepaard met duizeligheid en slapeloosheid. Tijdens aanval is ze wit van kleur en ziet een vonkenregen naar zich toe komen. Plotseling begin, waarbij ze soms een oogenblik niet weet waar ze is. In Rhijngeest en W.G. verpleegd: hyst. délire. Debiele hysterische psychopaath. |
| 80. | vr. | 39 j. | migraine | sinds 5 j. in jeugd ook veel hoofdpijn | In familie geen bijzonderheden. | Tijdens aanval rood, soms wit, slaapregulatiestoornissen, slecht humeur. Anisocorie, r. < l. Pijn l. |
| 81. | vr. | 28 j. | migraine | sinds 10 jaar | Homol: M migr.<br>M² migr.<br>Heterol: M ischias, diabetes.<br>S diabetes.<br>FS asthma.<br>PM diabetes. | Tijdens aanval erg slaperig, later gapen; ongemotiveerd ongelukkig, „ik word nog gek"; in 't begin is haar kleur wit, later rood. Na den aanval erge dorst. Soms klachten over pijn onder in rug en zij; dan geen hoofdpijn. |
| 82. | vr. | 49 j. | migraine ophthalmique | sinds jeugd; sedert menopauze (voor 3 j.) minder. | Is moeder van voorgaande. | Eenzijdige hoofdpijnaanvallen, soms met braken, kougevoel, afwisselend wit en rood zien, gepaard met ongelukkig voelen, huilbuien, zenuwachtigheid, bewegende sterretjes. Vaak slaapstoornissen. |
| 83. | vr. | 22 j. | migraine | sinds 3 jaar | Homol: M migr.<br>Heterol: SP diabetes, vetzucht.<br>S¹P vetzucht. | Aanvalsgewijs optredende hoofdpijnen in achterhoofd of eenzijdig in de slaapstreek, gepaard met humeurigheid, verdrietigheid, zwelling boven de oogen (ook tegen den aanval reeds), slaap- |
| | | | | | | stoornissen, vroeger soms lichte geheugenstoornis; urina spastica. |
| 84. | vr. | 25 j. | migraine (ophthalmoplégique) | sinds paar jaar | Homol: M lichte migr.<br>Heterol: FP diabetes.<br>P maagbloedingen. | Eenzijdige (meest r.) hoofdpijn met braken; 1 maal per week; gepaard met lusteloosheid, bleekheid, dwanggapen. Slaap zeer ongeregeld. Soms dubbelzien tijdens aanval; dichtvallen r. oog. Winterhanden en -voeten, hoog verhemelte, anisomastie. Na een aanval werd waargenomen: ptosis rechts, lichte internusparese rechts. |
| 85. | vr. | 25 j. | migraine | sinds 9 j. (begin valt ongeveer samen met menarche) | Homol: P en 4 broers van P migr.<br>S migr.<br>Heterol: P rheuma, ischias.<br>F, F¹, F¹¹, S, S¹ } aanvalsgewijs optredende zwellingen van de huid. | Paar maal in de maand l. zijdige hoofdpijnaanvallen (3—4 dagen). Gepaard met lusteloosheid, moedeloosheid, misselijkheid, geen braken; zware oogleden, zoodat zij ze niet open kan houden; nu en dan dubbelzien; ziet „ontzettend wit"; tijdens aanval slecht slapen, onrustig, dwanggapen. Facialisasymmetrie ten nadeele van r. mondtak. Koude handen, vaak doode vingers. |
| 86. | vr. | 33 j. | migraine (vestibulaire) | sinds jeugd | Homol: M, S, S¹ } migr.<br>Heterol: M toevallen. | Tijdens hoofdpijnaanval heftige duizeligheid, zoodat ze dreigt te vallen; gevoel of oogen dicht moeten; slecht humeur. Verergering na griep. |
| 87. | vr. | 6½ j. | kindermigraine (traumatisch?) | sinds 3de j. | Homol: M, M², SM² } migr.<br>Heterol: M ischias.<br>SM toevallen.<br>S¹M ischias. | Op 2½ j. trauma capitis. Pat^e is de 1ste van 2 kinderen. Sedert paar jaar geregeld bedwateren. Aanvallen van hoofdpijn, braken, temp. verhooging; eenmaal gepaard met niet kunnen praten. |
| 88. | vr. | 29 j. | migraine (ophthalmoplégique) | sinds jeugd | M van vorig geval. | Sinds jeugd veel hoofdpijn; laatste jaren heftige buien van meest l. zijdige |

| No. | Geslacht | Leeftijd | Diagnose | Duur | Herediteit | Bijzonderheden |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | gepaard met duizeligheid en slapeloosheid. Tijdens aanval is ze wit van kleur en ziet een vonkenregen naar zich toe komen. Plotseling begin, waarbij ze soms een oogenblik niet weet waar ze is. In Rhijngeest en W.G. verpleegd: hyst. délire. Debiele hysterische psychopaath. |
| 80. | vr. | 39 j. | migraine | sinds 5 j. in jeugd ook veel hoofdpijn | In familie geen bijzonderheden. | Tijdens aanval rood, soms wit, slaapregulatiestoornissen, slecht humeur. Anisocorie, r. < l. Pijn l. |
| 81. | vr. | 28 j. | migraine | sinds 10 jaar | Homol: M migr.<br>M² migr.<br>Heterol: M ischias, diabetes.<br>S diabetes.<br>FS asthma.<br>PM diabetes. | Tijdens aanval erg slaperig, later gapen; ongemotiveerd ongelukkig, „ik word nog gek"; in 't begin is haar kleur wit, later rood. Na den aanval erge dorst. Soms klachten over pijn onder in rug en zij; dan geen hoofdpijn. |
| 82. | vr. | 49 j. | migraine ophthalmique | sinds jeugd; sedert menopauze (voor 3 j.) minder. | Is moeder van voorgaande. | Eenzijdige hoofdpijnaanvallen, soms met braken, kougevoel, afwisselend wit en rood zien, gepaard met ongelukkig voelen, huilbuien, zenuwachtigheid, bewegende sterretjes. Vaak slaapstoornissen. |
| 83. | vr. | 22 j. | migraine | sinds 3 jaar | Homol: M migr.<br>Heterol: SP diabetes, vetzucht.<br>S¹P vetzucht. | Aanvalsgewijs optredende hoofdpijnen in achterhoofd of eenzijdig in de slaapstreek, gepaard met humeurigheid, verdrietigheid, zwelling boven de oogen (ook tegen den aanval reeds), slaap- |



| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | stoornissen, vroeger soms lichte geheugenstoornis; urina spastica. |
| 84. | vr. | 25 j. | migraine (ophthalmoplégique) | sinds paar jaar | Homol: M lichte migr.<br>Heterol: FP diabetes.<br>P maagbloedingen. | Eenzijdige (meest r.) hoofdpijn met braken; 1 maal per week; gepaard met lusteloosheid, bleekheid, dwanggapen. Slaap zeer ongeregeld. Soms dubbelzien tijdens aanval; dichtvallen r. oog. Winterhanden en -voeten, hoog verhemelte, anisomastie. Na een aanval werd waargenomen: ptosis rechts, lichte internusparese rechts. |
| 85. | vr. | 25 j. | migraine | sinds 9 j. (begin valt ongeveer samen met menarche) | Homol: P en 4 broers van P migr.<br>S migr.<br>Heterol: P rheuma, ischias.<br>F, F¹, F¹¹, S, S¹ } aanvalsgewijs optredende zwellingen van de huid. | Paar maal in de maand l. zijdige hoofdpijnaanvallen (3—4 dagen). Gepaard met lusteloosheid, moedeloosheid, misselijkheid, geen braken; zware oogleden, zoodat zij ze niet open kan houden; nu en dan dubbelzien; ziet „ontzettend wit"; tijdens aanval slecht slapen, onrustig, dwanggapen. Facialisasymmetrie ten nadeele van r. mondtak. Koude handen, vaak doode vingers. |
| 86. | vr. | 33 j. | migraine (vestibulaire) | sinds jeugd | Homol: M, S, S¹ } migr.<br>Heterol: M toevallen. | Tijdens hoofdpijnaanval heftige duizeligheid, zoodat ze dreigt te vallen; gevoel of oogen dicht moeten; slecht humeur. Verergering na griep. |
| 87. | vr. | 6½ j. | kindermigraine (traumatisch?) | sinds 3de j. | Homol: M, M², SM² } migr.<br>Heterol: M ischias.<br>SM toevallen.<br>S¹M ischias. | Op 2½ j. trauma capitis. Patᵉ is de 1ste van 2 kinderen. Sedert paar jaar geregeld bedwateren. Aanvallen van hoofdpijn, braken, temp. verhooging; eenmaal gepaard met niet kunnen praten. |
| 88. | vr. | 29 j. | migraine (ophthalmoplégique) | sinds jeugd | M van vorig geval. | Sinds jeugd veel hoofdpijn; laatste jaren heftige buien van meest l. zijdige |

| No. | Geslacht | Leeftijd | Diagnose | Duur | Herediteit | Bijzonderheden |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | hoofdpijn met duizeligheid, braken, dubbelzien; oedeem boven oog; slaapzucht; hevige onlust; dwanggapen; urina spastica. Duur: dagen tot weken. |
| 89. | vr. | 35 j. | migraine ophthalmique (ophthalmoplégique) | sinds eenige dagen | Homol: S migr.<br>Heterol: P veel hoofdpijnklachten.<br>P tijd gehad van overdreven godsdienstigheid. | Vroeger veel neiging tot hoofdpijn, met name na alcohol, chocola. Sedert eenige jaren heftige migr. aanvallen, met aura van scotoma scintillans. Slaapstoornissen. Nerveus, depressief. Kan geen muziek verdragen. Dwanggedachten, dwanghuilen, driftaanvallen. „Schwerbesinnlichkeit".<br>In 't begin van een aanval soms dubbelzien en gaapaanvallen. |
| 90. | vr. | 48 j. | migraine | | Homol: M migr. | Vroeger veel hoofdpijn. Laatsten tijd erger. Sedert ½ jaar menses ongeregeld. Om de 10 à 12 dagen typische migraine-aanvallen met sterke slaapstoornissen en humeurigheid. |
| 91. | vr. | 18 j. | migraine ophthalmique | sinds 1 jaar | Homol: M migr.<br>P migr.<br>Heterol: F rheuma. | Vooraf: misselijk, wisselend slecht zien en flikkerscotoom. Tijdens aanval suf, slaperig. |
| 92. | vr. | 25 j. | migraine ophthalmique | sinds 1½ jaar | Homol: M migr.<br>SM migr. | Laatste jaar hoofdpijnaanvallen met wat duizeligheid. Scotomen: bewegende spinnetjes. Ziet meestal bleek, soms plotseling rood en heet. Tijdens erge hoofdpijn hangt l. ooglid. Heeft ptosis en mydriasis l. Haaruitval. |



| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 93. | vr. | 29 j. | psychasthenie en depressie bij migraine | sinds jaren | Onbekend. | Na status hemicranicus dwangideeën en depressie. Vroeger veel éénzijdige hoofdpijnaanvallen met braken. |
| 94. | vr. | 13 j. | migraine debilitas mentis psychopathie | voor eenige jaren | Homol: M migr.<br>PM migr. | Vroeger slaapwandelen. Zit vaak te phantaseeren. Neiging tot dwalen. Eenzijdige hoofdpijnaanvallen met braken. |
| 95. | vr. | 35 j. | migraine ophthalmique | sinds 25ste j. | Homol. M, S, $S^1$, $M^2$ } migr.<br>Heterol: M rheuma.<br>S hersenvlies- en ruggemergontsteking. | Scotoma scintillans. Migraine-aanvallen gepaard met paraesthesieën in hoofd en arm. Tijdens aanval depressief, ontstemd, huilbuien. Soms opgewonden lacherig.<br>Facialis asymmetrie.<br>Hoe erger een aanval is, hoe meer ze schitteren voor de oogen ziet. |
| 96. | vr. | 20 j. | migraine | sinds 4 à 5 j. | Heterol: M linkshandig.<br>PM diabetes.<br>FM diabetes.<br>PM te hooge bloeddruk.<br>Dochters van SP rheuma.<br>P rheuma.<br>$P^2$ rheuma.<br>S epileptische toevallen.<br>$S^1$ vetzucht. | Aan de aanvallen vooraf: zenuwachtig, gejaagd, overdreven vroolijk, slappe lach, opgewonden druk, afgewisseld met booze buien. Begin valt samen met menarche. Duur van den aanval: eenige dagen; einde in diepe slaap. |
| 97. | vr. | 51 j. | migraine | sinds 12de j. | Onbekend. | Scotoma scintillans. Slaap. Begin aanval: tranen r. oog en pijn r. gezichtshelft. Begin valt samen met menarche. |
| 98. | vr. | 43 j. | migraine ophthalmique | sinds 1 jaar | Onbekend. | Vroeger gezond. Aanvankelijk verbeterd door bril. Menses geregeld. Tegen dien tijd pijn erger. Scotomen (gaten in de weg) en flikkerscotomen, ook onafhankelijk van den aanval. Huilt gauw, gauw „in de put". Kan bij hoofdpijn geen muziek verdragen. |

| No. | Geslacht | Leeftijd | Diagnose | Duur | Herediteit | Bijzonderheden |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | hoofdpijn met duizeligheid, braken, dubbelzien; oedeem boven oog; slaapzucht; hevige onlust; dwanggapen; urina spastica. Duur: dagen tot weken. |
| 89. | vr. | 35 j. | migraine ophthalmique (ophthalmoplégique) | sinds eenige dagen | Homol: S migr.<br>Heterol: P veel hoofdpijnklachten.<br>P tijd gehad van overdreven godsdienstigheid. | Vroeger veel neiging tot hoofdpijn, met name na alcohol, chocola. Sedert eenige jaren heftige migr. aanvallen, met aura van scotoma scintillans. Slaapstoornissen. Nerveus, depressief. Kan geen muziek verdragen. Dwanggedachten, dwanghuilen, driftaanvallen. „Schwerbesinnlichkeit".<br>In 't begin van een aanval soms dubbelzien en gaapaanvallen. |
| 90. | vr. | 48 j. | migraine | | Homol: M migr. | Vroeger veel hoofdpijn. Laatsten tijd erger. Sedert ½ jaar menses ongeregeld. Om de 10 à 12 dagen typische migraine-aanvallen met sterke slaapstoornissen en humeurigheid. |
| 91. | vr. | 18 j. | migraine ophthalmique | sinds 1 jaar | Homol: M migr.<br>P migr.<br>Heterol: F rheuma. | Vooraf: misselijk, wisselend slecht zien en flikkerscotoom. Tijdens aanval suf, slaperig. |
| 92. | vr. | 25 j. | migraine ophthalmique | sinds 1½ jaar | Homol: M migr.<br>SM migr. | Laatste jaar hoofdpijnaanvallen met wat duizeligheid. Scotomen: bewegende spinnetjes. Ziet meestal bleek, soms plotseling rood en heet. Tijdens erge hoofdpijn hangt l. ooglid. Heeft ptosis en mydriasis l. Haaruitval. |



| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 93. | vr. | 29 j. | psychasthenie en depressie bij migraine | sinds jaren | Onbekend. | Na status hemicranicus dwangideeën en depressie. Vroeger veel éénzijdige hoofdpijnaanvallen met braken. |
| 94. | vr. | 13 j. | migraine debilitas mentis psychopathie | voor eenige jaren | Homol: M migr.<br>PM migr. | Vroeger slaapwandelen. Zit vaak te phantaseeren. Neiging tot dwalen. Eenzijdige hoofdpijnaanvallen met braken. |
| 95. | vr. | 35 j. | migraine ophthalmique | sinds 25ste j. | Homol. M, S, $S^1$, $M^2$ } migr.<br>Heterol: M rheuma.<br>S hersenvlies- en ruggemergontsteking. | Scotoma scintillans. Migraine-aanvallen gepaard met paraesthesieën in hoofd en arm. Tijdens aanval depressief, ontstemd, huilbuien. Soms opgewonden lacherig.<br>Facialis asymmetrie.<br>Hoe erger een aanval is, hoe meer ze schitteren voor de oogen ziet. |
| 96. | vr. | 20 j. | migraine | sinds 4 à 5 j. | Heterol: M linkshandig.<br>PM diabetes.<br>FM diabetes.<br>PM te hooge bloeddruk.<br>Dochters van SP rheuma.<br>P rheuma.<br>$P^2$ rheuma.<br>S epileptische toevallen.<br>$S^1$ vetzucht. | Aan de aanvallen vooraf: zenuwachtig, gejaagd, overdreven vroolijk, slappe lach, opgewonden druk, afgewisseld met booze buien. Begin valt samen met menarche. Duur van den aanval: eenige dagen; einde in diepe slaap. |
| 97. | vr. | 51 j. | migraine | sinds 12de j. | Onbekend. | Scotoma scintillans. Slaap. Begin aanval: tranen r. oog en pijn r. gezichtshelft. Begin valt samen met menarche. |
| 98. | vr. | 43 j. | migraine ophthalmique | sinds 1 jaar | Onbekend. | Vroeger gezond. Aanvankelijk verbeterd door bril. Menses geregeld. Tegen dien tijd pijn erger. Scotomen (gaten in de weg) en flikkerscotomen, ook onafhankelijk van den aanval. Huilt gauw, gauw „in de put". Kan bij hoofdpijn geen muziek verdragen. |

| No. | Geslacht | Leeftijd | Diagnose | Duur | Herediteit | Bijzonderheden |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 99. | vr. | 30 j. | migraine | sinds jaren | Homol: FM, SM, F, FsS¹M } migr.<br>Heterol: PM rheuma.<br>PM² en broers van M² potatoren | Migraine-aanvallen met wazig zien. Tijdens aanval 's nachts slecht slapen; overdag suffig, slaperig, dwanggapen. |
| 100. | vr. | 20 j. | migraine (ophthalmoplégique) | sinds 5 jaar | Homol: S migr.<br>SM migr.<br>Heterol: P potator.<br>S¹M long-t.b.c. | Laatste jaar erg; jaar daarvoor vrij van hoofdpijn. Aanval op te wekken door chocola. Aura: niets zien, daarna flikkerscotoom, l. gezichtsveld. Ook wel tintelen l. hand, paraesthesieën trekken naar boven, l. zijdig. L. zijdig hoofdpijn; soms kleine schokjes l. hand. Tijdens aanval vallen oogleden haast dicht, alsof ze slaap heeft, maar heeft geen slaap; soms dubbelzien erbij. Huilbuien tijdens aanvallen. Eenmaal wist ze niet meer wat dien dag gebeurd was, herkende de menschen thuis niet. Duur 1 dag. Stemming dan slecht; suf. |
| 101. | vr. | 51 j. | migraine | sinds eenige jaren sedert begin menopauze | Homol: M migr.<br>S migr. | Pat^e vroeger galsteenen. Ptosis links. |
| 102. | vr. | 34 j. | migraine (ophthalmoplégique) | sinds 1½ j. (na griep) | Homol: F migr.<br>S migr.<br>Heterol: M ischias, rheuma, diabetes.<br>SM asthma. | Febr. '29 griep. Een week daarna dubbelzien en trigeminus-neuralgie links. Sindsdien hoofdpijnaanvallen (achterhoofd, ook l. van het hoofd), met slecht zien, soms dubbelzien. Braken. Prikkelbaar. Ook de trig. pijnaanvallen periodisch. Tijdens hoofdpijn duizelig. Soms overdag in slaap vallen. Mager geworden. Dysmenorrhoe. |
| 103. | vr. | 25 j. | migraine ophthalmique | sinds 11de j. | Homol: P migr.<br>Heterol: P rheuma.<br>M rheuma. | Heftige achterhoofdspijnaanvallen na scotoma scintillans. Tijdens onderzoek congestie's, wat een van haar klachten is; sterke vaatreactie's. Fundus oculi: arteriën éénmaal heel nauw gevonden. |
| 104. | vr. | 38 j. | migraine | sinds jaren | Homol: S in behandeling voor typische migr. | Pat^e is een asthenische psychopathe met algemeen nerveuse klachten, spoedige vermoeidheid en migraine-aanvallen soms met scotomen en braken. |
| 105. | vr. | 30 j. | migraine, trigeminus-neuralgie, vetzucht | migr. sinds kinderjaren. Neur. pijnen eenige jaren. | Homol: P migr.<br>S migr. | Aanvallen van trigem. neuralgie links, en migr. aanvallen; beide verloopen met humeurigheid, alg. ontstemming en misselijkheid. Op te wekken door chocola en eieren. Soms dubbelzien erbij; dorst. Anisocorie, l. > r.; r. oogspleet grooter dan l. |
| 106. | vr. | 46 j. | migraine ophthalmique abdominale migraine | sinds kinderjaren | Homol: M migr.<br>Heterol: Fa zenuw-rheumatiek, nierziekte. | Pat^e had vroeger een nierziekte. Aura: slecht zien; sterren zien; mannekoppen, landschappen. Soms bij aanval dichtvallen r. of l. oog. Onderzoek: ptosis rechts. Als ze aanvalsgewijs optredende pijn in buik of beenen heeft, krijgt ze geen hoofdpijn. Tijdens de migraineaanvallen: drift, opwinding, die soms eindigt in gilbuien waarbij ze (niet bewusteloos) neervalt. |
| 107. | vr. | 51 j. | migraine | sinds eenige jaren; sedert begin menopauze | Homol: M migr.<br>S migr. | Pat^e vroeger galsteenen. Ptosis l. Soms ziet ze nà de aanval sterren. Hoofdpijnaanvallen eenzijdig met soms braken. |

| No. | Geslacht | Leeftijd | Diagnose | Duur | Herediteit | Bijzonderheden |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 99. | vr. | 30 j. | migraine | sinds jaren | Homol: FM, SM, F, FsS¹M } migr.<br>Heterol: PM rheuma. PM² en broers van M² potatoren | Migraine-aanvallen met wazig zien. Tijdens aanval 's nachts slecht slapen; overdag suffig, slaperig, dwanggapen. |
| 100. | vr. | 20 j. | migraine (ophthalmoplégique) | sinds 5 jaar | Homol: S migr. SM migr.<br>Heterol: P potator. S¹M long-t.b.c. | Laatste jaar erg; jaar daarvoor vrij van hoofdpijn. Aanval op te wekken door chocola. Aura: niets zien, daarna flikkerscotoom, l. gezichtsveld. Ook wel tintelen l. hand, paraesthesieën trekken naar boven, l. zijdig. L. zijdig hoofdpijn; soms kleine schokjes l. hand. Tijdens aanval vallen oogleden haast dicht, alsof ze slaap heeft, maar heeft geen slaap; soms dubbelzien erbij. Huilbuien tijdens aanvallen. Eenmaal wist ze niet meer wat dien dag gebeurd was, herkende de menschen thuis niet. Duur 1 dag. Stemming dan slecht; suf. |
| 101. | vr. | 51 j. | migraine | sinds eenige jaren sedert begin menopauze | Homol: M migr. S migr. | Pat^e vroeger galsteenen. Ptosis links. |
| 102. | vr. | 34 j. | migraine (ophthalmoplégique) | sinds 1½ j. (na griep) | Homol: F migr. S migr.<br>Heterol: M ischias, rheuma, diabetes. SM asthma. | Febr. '29 griep. Een week daarna dubbelzien en trigeminus-neuralgie links. Sindsdien hoofdpijnaanvallen (achterhoofd, ook l. van het hoofd), met slecht zien, soms dubbelzien. Braken. Prikkelbaar. Ook de trig. pijnaanvallen perio- |



| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | disch. Tijdens hoofdpijn duizelig. Soms overdag in slaap vallen. Mager geworden. Dysmenorrhoe. |
| 103. | vr. | 25 j. | migraine ophthalmique | sinds 11de j. | Homol: P migr.<br>Heterol: P rheuma. M rheuma. | Heftige achterhoofdspijnaanvallen na scotoma scintillans. Tijdens onderzoek congestie's, wat een van haar klachten is; sterke vaatreactie's. Fundus oculi: arteriën éénmaal heel nauw gevonden. |
| 104. | vr. | 38 j. | migraine | sinds jaren | Homol: S in behandeling voor typische migr. | Pat^e is een asthenische psychopathe met algemeen nerveuse klachten, spoedige vermoeidheid en migraine-aanvallen soms met scotomen en braken. |
| 105. | vr. | 30 j. | migraine, trigeminus-neuralgie, vetzucht | migr. sinds kinderjaren. Neur. pijnen eenige jaren. | Homol: P migr. S migr. | Aanvallen van trigem. neuralgie links, en migr. aanvallen; beide verloopen met humeurigheid, alg. ontstemming en misselijkheid. Op te wekken door chocola en eieren. Soms dubbelzien erbij; dorst. Anisocorie, l. > r.; r. oogspleet grooter dan l. |
| 106. | vr. | 46 j. | migraine ophthalmique abdominale migraine | sinds kinderjaren | Homol: M migr.<br>Heterol: Fa zenuw-rheumatiek, nierziekte. | Pat^e had vroeger een nierziekte. Aura: slecht zien; sterren zien; mannekoppen, landschappen. Soms bij aanval dichtvallen r. of l. oog. Onderzoek: ptosis rechts. Als ze aanvalsgewijs optredende pijn in buik of beenen heeft, krijgt ze geen hoofdpijn. Tijdens de migraineaanvallen: drift, opwinding, die soms eindigt in gilbuien waarbij ze (niet bewusteloos) neervalt. |
| 107. | vr. | 51 j. | migraine | sinds eenige jaren; sedert begin menopauze | Homol: M migr. S migr. | Pat^e vroeger galsteenen. Ptosis l. Soms ziet ze nà de aanval sterren. Hoofdpijnaanvallen eenzijdig met soms braken. |

| No. | Geslacht | Leeftijd | Diagnose | Duur | Herediteit | Bijzonderheden |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 108. | vr. | 25 j. | migraine (ophthalmoplégique) | sinds 16de j. | Homol: P migr. (?)<br>S migr.<br>Heterol: FsF: epilepsie. | Partieele oculomotoriusverlamming rechts, vooral tijdens aanvallen; soms dubbelzien bij aanval. R. ptosis en mydriasis. Voor paar jaar zwelling bovenlip, eerst onderlip. |
| 109. | vr. | 42 j. | migraine | sinds 6 jaren; en in jeugd | Heterol: S ischias en jicht. | Tijdens aanvallen „down". Over het algemeen zwaartillend; kan niet tegen muziek, dan is zij pas recht ongelukkig. |
| 110. | vr. | 20 j. | migraine ophthalmique | sinds 17e jaar | S veel hoofdpijn. | Visueele aura. Migr. aanvallen rechts, veel slaapstoornissen en sufheid. Ptosis rechts. |
| 111. | vr. | 40 j. | migraine | sinds jeugd | Homol: M<br>3 zusters M<br>3 broers M<br>2 zusters M<br>FsSM<br>FsS¹M<br>FaS¹M } migraine | Hoofdpijnaanvallen met opvallende prikkelbaarheid, sufheid, onlust, die ook aan den aanval eenigen tijd voorafgaat. Voor den aanval dwanggapen. Tijdens aanval suicideneiging, verstrooidheid. |
| 112. | vr. | 45 j. | migraine | meer dan 7 jaar | Homol: M, P, S } migraine | Heftige hoofdpijnaanvallen met braken. |
| 113. | vr. | 53 j. | migraine<br>migr. depressie | jeugd | Homol: M, S, S, F } migr. | Van huis uit lijdende aan typische migraine. Werd gezonden wegens endogene melancholie met suicideneiging, optredend in een tijd van heftige en frequente migraine-aanvallen. De depressie bleek parallel te gaan met de migraine. Uitgesproken pyknische habitus; rechter lidspleet kleiner dan linker. |



| No. | Geslacht | Leeftijd | Diagnose | Duur | Herediteit | Bijzonderheden |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 114. | vr. | 47 j. | migraine<br>migr. depressie | sinds jeugd | Homol: MP migr.<br>Heterol: P driftaanvallen, potator.<br>F driftaanvallen. | Migraine rouge. Pijn gelocaliseerd in achterhoofd. Op 't eind van de aanval neusbloedingen. Aan den aanval vooraf buien van verdriet, dagenlang huilen, folie de doute, drift, ernstige suicideneiging. |
| 115. | m. | 30 j. | migraine | sinds 1 jaar | Geen bijzonderheden. | Aanvallen van duizeligheid, misselijkheid en braken, soms gepaard met rechtszijdige hoofdpijn en sterretjes zien. |
| 116. | vr. | 43 j. | migraine ophthalmique | sinds vele jaren | Homol: M migr. | Aanvallen van migraine rouge met braken en verdrietigheid. (Duur 3 dagen). Voorafgegaan door zweetuitbarstingen en koude van de onderbeenen. Ziet allerlei visioenen: bloedstorten, honden, die op haar afkomen; gelooft daar niet aan, is er niet angstig van. |
| 117. | vr. | 52 j. | migraine | sinds jeugd | Homol: M, S, F } migr.<br>Heterol: P hevige rheuma.<br>Fa acrocyanose | Wekelijksche hoofdpijnaanvallen, eenzijdig, met braken. Voorafgegaan door duizeligheid. Tijdens den aanval verdriet, en allerlei dwanggedachten: teldwang, zinnen, die zij niet uit haar hoofd kan krijgen. Overgevoeligheid voor muziek. |
| 118. | vr. | 49 j. | migraine-psychose | sinds 13 jaar | Homol: M migr.<br>Heterol: P apoplexie. | Migraine-aanvallen, eens in de paar maanden, vooraf gegaan door slaapstoornissen, gepaard met vluchtige zwellingen in 't gelaat, en van den handrug, gekenmerkt door stemmingsanomaliën en episodische waanvorming. |

| No. | Geslacht | Leeftijd | Diagnose | Duur | Herediteit | Bijzonderheden |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 108. | vr. | 25 j. | migraine (ophthalmoplégique) | sinds 16de j. | Homol: P migr. (?)<br>S migr.<br>Heterol: FsF: epilepsie. | Partieele oculomotoriusverlamming rechts, vooral tijdens aanvallen; soms dubbelzien bij aanval. R. ptosis en mydriasis. Voor paar jaar zwelling bovenlip, eerst onderlip. |
| 109. | vr. | 42 j. | migraine | sinds 6 jaren; en in jeugd | Heterol: S ischias en jicht. | Tijdens aanvallen „down". Over het algemeen zwaartillend; kan niet tegen muziek, dan is zij pas recht ongelukkig. |
| 110. | vr. | 20 j. | migraine ophthalmique | sinds 17e jaar | S veel hoofdpijn. | Visueele aura. Migr. aanvallen rechts, veel slaapstoornissen en sufheid. Ptosis rechts. |
| 111. | vr. | 40 j. | migraine | sinds jeugd | Homol: M<br>3 zusters M<br>3 broers M<br>2 zusters M<br>FsSM<br>FsS¹M<br>FaS¹M } migraine | Hoofdpijnaanvallen met opvallende prikkelbaarheid, sufheid, onlust, die ook aan den aanval eenigen tijd voorafgaat. Voor den aanval dwanggapen. Tijdens aanval suicideneiging, verstrooidheid. |
| 112. | vr. | 45 j. | migraine | meer dan 7 jaar | Homol: M, P, S } migraine | Heftige hoofdpijnaanvallen met braken. |
| 113. | vr. | 53 j. | migraine migr. depressie | jeugd | Homol: M, S, S, F } migr. | Van huis uit lijdende aan typische migraine. Werd gezonden wegens endogene melancholie met suicideneiging, optredend in een tijd van heftige en frequente migraine-aanvallen. De depressie bleek parallel te gaan met de migraine. Uitgesproken pyknische habitus; rechter lidspleet kleiner dan linker. |



| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 114. | vr. | 47 j. | migraine migr. depressie | sinds jeugd | Homol: MP migr.<br>Heterol: P driftaanvallen, potator.<br>F driftaanvallen. | Migraine rouge. Pijn gelocaliseerd in achterhoofd. Op 't eind van de aanval neusbloedingen. Aan den aanval vooraf buien van verdriet, dagenlang huilen, folie de doute, drift, ernstige suicideneiging. |
| 115. | m. | 30 j. | migraine | sinds 1 jaar | Geen bijzonderheden. | Aanvallen van duizeligheid, misselijkheid en braken, soms gepaard met rechtszijdige hoofdpijn en sterretjes zien. |
| 116. | vr. | 43 j. | migraine ophthalmique | sinds vele jaren | Homol: M migr. | Aanvallen van migraine rouge met braken en verdrietigheid. (Duur 3 dagen). Voorafgegaan door zweetuitbarstingen en koude van de onderbeenen. Ziet allerlei visioenen: bloedstorten, honden, die op haar afkomen; gelooft daar niet aan, is er niet angstig van. |
| 117. | vr. | 52 j. | migraine | sinds jeugd | Homol: M, S, F } migr.<br>Heterol: P hevige rheuma.<br>Fa acrocyanose | Wekelijksche hoofdpijnaanvallen, eenzijdig, met braken. Voorafgegaan door duizeligheid. Tijdens den aanval verdriet, en allerlei dwanggedachten: teldwang, zinnen, die zij niet uit haar hoofd kan krijgen. Overgevoeligheid voor muziek. |
| 118. | vr. | 49 j. | migraine-psychose | sinds 13 jaar | Homol: M migr.<br>Heterol: P apoplexie. | Migraine-aanvallen, eens in de paar maanden, vooraf gegaan door slaapstoornissen, gepaard met vluchtige zwellingen in 't gelaat, en van den handrug, gekenmerkt door stemmingsanomaliën en episodische waanvorming. |

| No. | Geslacht | Leeftijd | Diagnose | Duur | Herediteit | Bijzonderheden |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 119. | vr. | 40 j. | migraine | sinds 6 jaar | Homol: M, S } migr.<br>Heterol: M rheuma<br>nierlijden<br>diabetes<br>adipositas.<br>SM adipositas.<br>M² nierlijden. | Sinds 6 jaar slaapregulatiestoornissen en migraine-aanvallen met dwanggapen, zwelling van het neusslijmvlies, een depressief syndroom met angstaanvallen en min of meer dwangmatige suicide-gedachten. Uit denzelfden tijd dateert het verschijnsel van het voor het inslapen zien van: lichtstralen, kaleidoscopische figuren, gekleurde figuren, gedrochtjes, gezichten, koppen, soms gestalten.<br>Patiënte neemt deze beelden waar als belangstellend, zich bewust toeschouwster. Na behandeling der migraine verdwenen zoowel de slaapregulatie-stoornissen, als de hypnagoge voorstellingen. |
| 120. | vr. | 19 j. | migraine-psychose | sinds eenige jaren | Homol: M migr.<br>Heterol: P dipsomanie. | Migraine-aanvallen met slaapzucht, stemmings-anomaliën, soms maniacale opwindingstoestanden, eenmaal gepaard met het zien van beestekoppen, koeien en andere dieren. Bij het eind van den aanval snoepzucht. Na afloop soms amnesie. |

## Litteratuurlijst.


Allan, The relation of occupation to migraine. Journal of Nervous and Mental diseases 1927. Vol. 66, p. 131.

Allan, The neuropathic taint in migraine. Arch. of Neur. 1927. Vol. 18, p. 587.

Aschner, W., (gecit. naar Toenniessen).

Bauer, Julius, Constitution und Nervensystem. Z. f. die Ges. N. und Ps. ref. Bd. 15. 1918.

Behmack, Charlotte, Zur Kenntnis der Ophtalmoplegischen Migraine. Z. f. d. Ges. N. und Ps. 1928, S. 264.

Berger, Zur Pathogenese der Hemikranie. Virch. Arch. 1874. S. 315 (gecit. naar Flatau).

Birnbaum, Karl, Der Aufbau der Psychose. Berlin 1923.

Blitzten, Migraine with abdominal equivalent. Journal of the American Med. Ass. 1926. Vol. 86, p. 675.

Bogaert, van, Helsmoortel et Bauwens. Vertiges de Ménière, migraine ophthalmique. Migraine ophthalmoplégique et angiospasmes cérébraux. Journ. de Neur. et de Psych. T. XXVIII 1928. p. 207.

Bois Reymond, Du, Zur Kenntniss der Hemikranie. Arch. f. Anat. Phys. e. Wiss. Med. 1860. S. 461.

Bogaert, Ludo van, L'hallucinose pédonculaire. Revue neurol. 1927. p. 608.

Bordoni, gecit. naar Flatau.

Bouman, L., Paranoia. Psych. en Neur. Bl. 1931, blz. 295.

Brackmann, Migräne und Psychose. Allg. Z. f. Psych. 1897. S. 554.

Braeucker, Die Anatomie und Chirurgie des vegetativen Nervensystems. 18 Jahresvers. der Ges. Deutscher Nervenärzte. 1929. S. 29.

Bremer et Coppez, Angiospasmes rétinien et cérébral. Journal de Neur. et de Psych. 1925, p. 201.

Bremer et Coppez, Angiospasmes des centres nerveux. Essai de classification et de pathogénie. Journ. de neur. et de psych. 1926. p. 563.

Bolten, G. C., Drei Aufsätze über Epilepsie. Berlin 1916.

Buringh Boekhoudt, Psychische afwijkingen bij migraine. Feestbundel v. d. N. V. v. Psych. 1896. blz. 63.

Carus, C. G., Psyche 1846. (gecit. naar Klages.)

Charcot, Lessons du mardi. 1887—'88.

Christiansen, Viggo, Rapport sur la migraine. Revue neurol. 1925, p. 854.

Cimbal, W., Vegetative Equivalente der Depressionszustände. Verhandl. der Ges. Deutscher Nervenärzte 1929. S. 246.

Claude et Lhermitte, Le syndrome infundibulaire dans les tumeurs de l'encéphale. Presse médicale 1918.

Claude et Ey, Hallucinose et hallucination. L'encéphale juillet—août '32.

Cornu, Contribution à l'étude des migraines, et de leurs rapports avec les états épileptiques et délirants. 1902. Thèses de Lyon.

Curschmann, Über einige seltene Formen der Migräne. Z. f. N. D. 1915. Bd. 54. S. 184.

Curschmann, Über Kindermigräne. M. M. W. 1922. S. 1747.

Dekker, Een nieuwe behandeling van asthma en andere anaphylactische verschijnselen. Ned. T. v. Gen. 1921 I blz. 1122.

Determann, Casuistischer Beitrag zur Kenntnis der Migräne (gecit. naar Flatau). Deutsche Med. W. 1896.

Deij l, Explication anatomique de la migraine (gecit. naar Plavec).

Döllken, Zur Therapie und Pathogenese der Migräne. M. M. W. 1928. Jahrg. 75. S. 291.

Ebstein, Die Natur und Behandlung der Gicht, 1906 (gecit. naar Flatau).

Ehlers, On the pathogenesis of ophtalmic migraine. Acta psychop. 1928, p. 219.

Epstein, Migräne und Epilepsie. Neurol. Zentralbl. 1904. S. 973. 1905. S. 225.

Eulenburg, Zur Aetiologie und Therapie der Migräne (gecit. naar Flatau). Wiener med. Presse 1887.

Ewald, Die biologischen Grundlagen von Temperament und Character in ihre Bedeutung für die Abgrenzung des manisch-melancholischen Irreseins. Zeitschr. f. d. Ges. N. und Ps. 1923. Bd. 84. S. 384.

Féré, Sur les rêves précurseurs de la migraine ophthalmique. Revue de médecine 1903. (Schmidts Jahrb. 1903. S. 169).

Flatau, E., Die migraine, Monographiën aus dem Gesamtgebiete der Neurologie und Psychiatrie. 1912.

Forli, Vasco, I phenomeni psychici nell' emicrania. Riv. sper. di fren. 1907, p. 220.

Franck, E., Pathologie und Klinik des vegetativen Nervensystems. Verhandl. der Ges. Deutscher Nervenärzte 1929. S. 160.

Freund und Grafe, (gecit. n. Toennissen).

Goldflam, S., Zur Frage der Cystenbildung an der Cauda equina nebst Beitrag zu den cerebralen und rezidivierenden spinalen subarachnoidalen Blutungen. D. Z. f. Nerv. Bd. 85. S. 47.

Goldflam, S., Beitrag zur Ätiologie und Symptomatologie der spontanen subarachnoidalen Blutungen. D. Z. f. Nerv. Bd. 76. S. 158.

Goldscheider, A., Anatomie, Physiologie und Klinik der vegetativen Nerven. Therapie der Erkrankungen des vegetativen Nervensystems. Dresden 1930.

Goldscheider, Über atypische Gicht. Zeitschr. f. physikal. und diätet. Therapie. 1912. (gecit. naar Flatau).

Greving, Physiologie und Pathologie der vegetativen Zentren. Müller: Lebensnerven. 1931. S. 176.

Griesinger, Wagner's Arch. f. Heilk. VIII (gecit. naar Mingazzini).

Gruhle, Über die Fortschritte in der Erkenntnis der Epilepsie in den Jahren 1910—20 und über das Wesen dieser Krankheit. Zentralbl. f. die Ges. Neur. und Ps. 1924. Bd. 34. S. 1.

Grünstein, Zur Lehre von der Migräne. Z. bl. 1926. Band 44. S. 99.

Guidi, Guido. Syntomi psychici premonitori dell' attacco emicranico. Riv. sper. di fren. 1907. p. 440.

Herman, Quelques considérations sur les hémorrhagies sous-arachnoïdiennes. Revue neurol. 1925. p. 993.

Hahn und Stein, Zur Pathogenese und Therapie der Migräne. D. Z. f. Nerv. 1923. Bd. 77. S. 191.

Haskoveck, Le psychisme sous-cortical. Revue neurol. 1925. p. 976.

Hertoghe, De l'hypothyroïdie bénigne, chronique ou myxoedème fruste. Nouv. iconographie de la Salpétrière. 1899. T. XII. p. 261.

Hess, W. R., Über die Wechselbeziehungen zwischen psychischen und vegetativen Funktionen. 1925.

Heveroch, La migraine vestibulaire. Revue neur. 1925. p. 925.

Hoch, P., Über seltene Formen der Migräne. Arch. f. Psych. und Nerv. Bd. 97. 1932. S. 553.

Höffding, Psychologie (gecit. naar Ewald).

Högner, P., Die klinischen Erscheinungen bei Erkrankungen des 3 Gehirnventrikels und seiner Wandungen. Z. f. N. 1928. Bd. 97. S. 238.

Jahrreiss, J., Über Migräne-Dämmerzustände. Zentralbl. 1927. Bd. 48. S. 63.

Jaspers, K., Eifersuchtswahn. Z. f. die Ges. N. u. Ps. 1910. S. 567.

Jolly, Über Flimmerskotom und Migräne. Berl. klin. W. 1902. No. 42 en 43.

Kämmerer, Über Pathogenese und Therapie der Migräne. M. M. W. 1925.

Karplus, Wiener klin. W. 1909. S. 549.

Karplus, J. P., Die Physiologie der vegetativen Zentren. Verhandl. der Gesellschaft Deutscher Nervenärzte 1929. S. 105.

Karplus en Kreidl, (gecit. naar Greving).

Keller, Über die Visuellen Erscheinungen der Migräne. Neur. Zentralbl. 1920. Bd. 39. S. 148.

Klages, L., Die Grundlagen der Characterkunde. Leipzig 1928.

Kleist, Episodische Dämmerzustände. 1926. Leipzig.

Kovallevsky, La migraine et son traitement. Paris 1902 (gecit. naar Cornu).

Kovallevsky. Epilepsie et migraine. Revue neurol. 1904. p. 691.

Krafft-Ebing, Über Migränepsychosen. Jahrb. f. Psychiatrie 1902. S. 38. (gedeeltelijk gecit. naar Flatau).

Küppers, E., Der Grundplan des Nervensystems, und die Lokalisation des Psychischen. Z. f. d. Ges. N. und Ps. 1922.

Lange, Cornelia de, Zur Kenntnis der Rezidivierenden Ophtalmoplegie. D. Z. f. N. 1927. S. 225.

Laehr, Hans, Die Physiologischen Korellate der Lust und Unlust. Allg. Z. f. Ps. Bd. 75. S. 563.

Laudenheimer, Innersekretorische Störungen in Beziehung zu Migräne, Epilepsie und Angiospastischen Neurosen. Zentralbl. f. d. Ges. Neur. und Psych. Bd. XXIX, 1922, S. 434.

Leeuwen, Storm van, Umstimmungstherapie der vegetativen Nerven. Therapie der Erkrankungen des vegetativen Nervensystems. Dresden 1930.

Léri, Sur la pathogénie de certaines migraines. Rev. neurol. 1925, p. 940.

Léri, L., Migraine ovarienne. Soc. biol. 10 février 1912 (gecit. naar Pasteur Vallery-Radot).

Leschke en Schneider, (gecit. naar Toennissen).

Lévi, La migraine commune, syndrome bulbo-protubérantiel à aetiologie variable. Revue Neurol. 1905. p. 166.

Lévi et de Rothschild, Migraine thyroïdienne. Revue neurol. 1907. p. 385.

Leroy, Eug., Les visions du demi-sommeil. Paris 1926.

Lhermitte, Jean, Le sommeil 1931.

Lhermitte, Jean, Syndrome de la calotte du pédoncule cérébral. Les troubles psychosensoriels dans les lésions du mésocéphale. Revue neur. 1922. p. 1359.

Lhermitte et Tournay, Rapports sur le sommeil normal et pathologique. Revue neur. 1927. p. 752.

Lhermitte et Toupet, Les troubles psychosensoriels, associés aux ophtalmoplégies centrales. Bull. soc. d'ophtalmol. Paris mai 1925.

Liveing, On megrim, sick-headache and some allied disorders. London 1873 (gecit. naar Flatau).

Lubbers, H. A., Migraine en anaphylaxie. Ned. T. v. Gen. 1921. II. blz. 1073.

Marburg, O., Über die neueren Fortschritte in der topischen Diagnostik des Pons und der Oblongata. 4 Jahresvers. der Ges. Deutscher Nervenärzte. 1910.

Meylahn, K., Über spontane diffuse Meningealblutungen. D. Z. f. Nerv. Bd. 78. S. 78.

Mingazzini, Klinischer Beitrag zum Studium der cephalalgischen und hemikranischen Psychosen. Z. f. d. Ges. N. und B. 1926. Bd. 101. S. 428.

Mingazzini, Fernere klinischen Beobachtungen über geistige Störungen in Folge von Hemikranie.

Mingazzini, Dysfrenia emicranica. Riv. di fren. 1894.

Mitchell, J. K., Headache with visual hallucinations.

Journ. of ment. a. nerv. dis. 1897. p. 620. (gecit. naar Flatau).

Moebius, J. P., Die Migräne. Nothnagels Handbuch XII.

Moersch, Psychic manifestations in migraine. American Journal of psychiatrie. 1924. Vol. III. p. 697. Zentralbl. f. d. Ges. Bd. 38. 1924.

Möllendorf, Über Hemikranie. Virchow's Arch. 1867. S. 385.

Moloney, The etiology of migraine. Arch. of Neur. 1928. XIX. p. 684.

Müller, L. R., Lebensnerven und Lebenstriebe. Berlin 1931.

Müller, L., und Greving, M., Über den Aufbau und die Leistungen des Zwischenhirns und über seine Erkrankungen. Med. Klin. 1925.

Nonne, Syphilis und Nervensystem. 1909.

Oppenheim, Lehrbuch der Nervenkrankheiten. S. 1860. 1923.

Oswald, Psyche und Vegetatives System. Berliner Klinik. 36. Jhg. H. 404/405.

Pagniez et Nast, Recherches sur la pathogénie de la crise de migraine. La Presse méd. 1920. p. 253.

Pal, Die Gefäszkrisen. 1906.

Paulian et Ghimus, Surprises radiologiques dans la migraine ophtalmique et ophtalmoplégique. Rev. Neurol. 1924, p. 585.

Paulian, Contribution à l'étude de la migraine. Rev. Neurol. 1925, p. 947.

Plavec, Beitrag zur Erklärung der ophthalmoplegischen Migräne. Deutsche Z. f. N. 1907. Bd. XXXII. S. 183.

Pollak, Der Kopfschmerz und seine Behandlung. 1929. Wien.

Popow, Beiträge zur Kenntnis der hemorrhagia subarachnoidalis. Arch. f. Psych. u. Nerv. 1930. Bd. 92. S. 304.

Poussep, Contribution à la pathogénie de la migraine et les altérations de la selle turcique. Revue neurol. 1925. p. 925.

Quincke, Über meningitis serosa und verwante Zustände. D. Z. f. N. 1897. Bd. IX. S. 149.

Ranzow, Über Migräne Dämmerzustände und periodischen Dämmerzustände unklarer Herkunft. Mschr. f. Ps. und Neur. 1920. Bd. XLVII. S. 98.

Ratner, J., Manisch-depressives Irresein resp. Cyclothymie und Zwischenhirn. Z. f. d. Ges. N. und Ps. 1931. Bd. 132. S. 702.

Ratner, J., Zur Lehre der Diencephalose. Arch. f. Ps. und Nerv. 1929. Bd. 86. S. 525.

Ratner, J., Beitrag zur Klinik und Pathogenese der Pyknolepsie (zur Begriffsbestimmung der Dienzephalosen). M. f. Ps. und N. 1927. Bd. 64. S. 283.

Reichhardt, M., Hirnstamm und Psychiatrie. Mschr. f. Ps. und N. 1928.

Richter, Hugo, Neuer Beitrag zur Frage der Pathogenese des Migräneanfalles. Z. Bl. f. die Ges. 1927. Bd. 47. S. 77.

Richter, Hugo, Casuistische Beiträge zur Pathogenese des hemicranischen Anfälles. Z. f. d. Ges. N. und Ps. 1928. Bd. 113. S. 604.

Richter, Hugo, Zur Frage der Pathogenese des Migräneanfalles und seine Beziehungen zum epileptischen Anfall. Z. f. d. Ges. N. und Ps. 1925. Bd. 97. S. 387.

Rüdin, Ernst, Der gegenwärtige Stand der Epilepsieforschung. Z. f. d. Ges. N. und B. 1924. S. 368.

Schelven, Th. van, Luminal bij migraine. Ned. T. v. G. 1921. II. blz. 1673.

Schrottenbach, (gecit. naar Greving).

Schüller, A., Über genuïne und symptomatische Migraine. Wiener. klin. W. 1909. S. 289.

Schultze, F., Zur Lehre von der Migräne, besonders der Augenmigräne. Z. f. N. 100/1927. S. 1.

Schröder, Stimmungen und Verstimmungen. Leipzig 1930.

Schröder, P., Ungewöhnliche periodische Psychosen. Monatschrift f. Ps. u. N. 1918. S. 261. Bd. 44.

Sciamanna, Neurosi emichranice. Atti dell' XI Congresso med. intern. Vol. IV. 1893 (gecit. naar Mingazzini).

Simons, A., Salz- und Säuregier bei Migräne. Mon. schr. f. Ps. Bd. 68. S. 544. 1928.

Skierlo, Über periodische Paranoia. Inaugural Dissertation. Königsberg 1900.

Souques, Santenoise et Massary, Migraine et système neuro-végétatif. Rev. neurol. 1925, p. 930.

Specht, Vegetatives Nervensystem und Psychopathologie. Müller, Die Lebensnerven 1931, blz. 839.

Specht, Vegetatives Nervensystem und Geistesstörung. Z. f. die Ges. N. und Ps. 1923. Bd. 84, blz. 438.

Spitzer, Über Migräne. Jena 1901.

Stief, A., Über die anatomischen Grundlagen der vegetativen Störungen bei Geisteskrankheiten. D. Z. f. N. 1928. Bd. 97. S. 112.

Stiefler, Erfahrungen über die Behandlung der Migräne mit Luminal. XIII Jahresversamlung der Ges. D. Nervenärzte. 1929.

Strasburger, J., Behandlung der Migräne mit Luminal. Klin. Wschr. 1923. S. 1592.

Strümpell, Lehrbuch der speziellen Pathologie und Therapie der inneren Krankheiten.

Thomas, L., La migraine. Paris 1887.

Thomsen, Neurol. Zentralbl. 1884. S. 548.

Toennissen, E., Die Bedeutung des vegetativen Nervensystems für die Wärmeregulation und den Stoffwechsel. Müller, Die Lebensnerven. 1932. S. 288.

Ulrich, M., Beiträge zur aetiologie und zur klinischen Stellung der Migraine. M. f. Ps. und N. Erg. Heft. Juni 1912.

Vallery-Radot, Pasteur, Rapport sur la pathogénie des migraines. Revue neurol. 1925. p. 881.

Wahlgren, Fall mit Ependymzyste im III Ventrikel. Acta path. et microbiol. Scand. 1924. Vol. I, p. 276.

Wallenberg, Topische diagnostik in Pons und Oblongata. 4 Jahresvers. der Ges. Deutscher Nervenärzte. 1911.

Wilson, S. A. Kinnier, Some problems in Neurology. Pathological laughing and crying. Journ. of Neur. and Psych. 1924. V. 4. p. 299.

Wolochow, Zur Frage der Diencephalosen. Z. f. die Ges. N. und Ps. 1931. Bd. 131. S. 814.

Wood, Epileptoid Migraine. Med. News. 1894 (gecit. naar Mingazzini).

Zutt, Migraine mit Zwangslachen und Zwangsweinen. Zentralblatt 1929. Bd. 52. S. 403.

# INHOUD.

INLEIDING . . . . . 1

HOOFDSTUK I

ALGEMEENE BESCHOUWINGEN OVER MIGRAINE . . 3

Herediteit. Migraine-constitutie. Toxische theorie. Röntgenonderzoek. Vasomotorische theorie. Mechanische theorie. Centrale theorie. Vegetatieve stoornissen. Oculomotoriusverschijnselen. De hoofdpijn. Optische verschijnselen. De rol van de bloedvaten in het migraineproces.

HOOFDSTUK II

LOCALISATIE . . . . . 37

De aangeboren locus minoris resistentiae. De migraine als ziekte-eenheid. De corticale theorie. Mesodiencephale migraine.

HOOFDSTUK III

HEMICRANIA PSYCHICA

§ 1. Migraine-ontstemmingen
De leer der diencephalosen . . . . . 46
§ 2. Migraine-depressie . . . . . 54
§ 3. Migraine-manie . . . . . 64
§ 4. Migraine-paranoia . . . . . 65
§ 5. Migraine-schemertoestanden . . . . . 76
§ 6. Migraine-hallucinose . . . . . 85

HOOFDSTUK IV

DIAGNOSE . . . . . 92

Migraine en epilepsie. Subarachnoidale bloeding Encephalitis lethargica. Therapie.

SAMENVATTING . . . . . 102
TABEL . . . . . 106
LITTERATUUR . . . . . 129

# STELLINGEN.

I.

Er bestaat een meso-diencephale migraine.

II.

De migraine-hallucinose is op één lijn te stellen met de hypnagoge voorstelling.

III.

De constitutieleer kan in twijfelachtige gevallen van syringomyelie een belangrijken steun voor de diagnose leveren.

IV.

Bij het traumatisch oedeem is operatief ingrijpen aan te bevelen.

W. Braeucker. Mschr. f. Unfallheilk. 38 p. 241 (1931).

V.

Ter behandeling van het otogene hersenabsces geve men aan de methode Lemaitre den voorkeur boven meer ingrijpende maatregelen.

VI.

De diagnose kinderencephalitis wordt te lichtvaardig gesteld.

Ph. Schwartz. Z. f. d. ges. Neur. & Ps. 90 p. 263 (1924).

VII.

Het is een kunstfout om een antiluetische behandeling te beëindigen zonder onderzoek van het lumbaalvocht te hebben verricht, zelfs al zijn geen klinische verschijnselen meer waar te nemen.

Ravaut. Le Monde Médical 1 juin 1930 p. 771.

VIII.

Er is vooralsnog niet voldoende reden om een bacterium folliculosis als afzonderlijke specifieke verwekker der folliculosis conjunctivae aan te nemen.

H. Rieger. Arch. f. Ophthalm. 128 p. 312 (1932).

IX.

De door Seitz in het handboek „Biologie und Pathologie des Weibes" [1927] gegeven indeeling der zwangerschaps-psychosen is niet te aanvaarden.

Rijksinstituut voor Psychopathologie
te Avereest.

