

## XX.

Aus der königl. ung. Universitätsnervenklinik zu Budapest. (Direktor:  
Prof. E. Jendrássik.)

### Torticollis hystericus.

Von

**Dr. Jenő Kollarits,**

Assistent der Klinik.

(Mit 7 Abbildungen im Text).

Da der psychogene Ursprung des spasmodischen Schiefhalses noch immer nicht genügende Anerkennung findet, scheinen mir die Veröffentlichung derartiger Fälle und einige Bemerkungen gerechtfertigt.

Fall 1.<sup>1)</sup> H. J., 44 Jahre alt, Tagelöhner, wurde am 9. Juli 1903 in der Klinik aufgenommen. Über die väterlichen Grosseltern bekommen wir keine Aufklärung. Der Vater war nicht nervös und starb im 51. Jahre an Cholera. Eine Schwester desselben starb im 83. Jahre, eine andere Schwester lebt, doch kann der Patient über sie keine Auskunft geben. Auch das Schicksal seines mütterlichen Grossvaters ist ihm unbekannt. Die mütterliche Grossmutter und die Geschwister der Mutter fielen dem Einbruche zum Opfer, welcher im Jahre 1849 in Nagy Enyed von rumänischen Räubern ausgeführt wurde. Diese zündeten die Stadt an und töteten einen grossen Teil der ungarischen Einwohner. Die Mutter starb an Altersschwäche im 79. Lebensjahre. Sie war eine zanksüchtige Frau, hatte keine Kopfschmerzen und war nie nervös. Über die Geschwister des Kranken wissen wir folgendes: Die älteste Schwester ist jetzt 60 Jahre alt, und leidet viel an Kopfschmerzen, sie hat 3 gesunde Söhne und 1 gesunde Tochter; ein 55jähriger Bruder und seine 2 Kinder sind gesund; eine Schwester starb an Cholera im 16. Lebensjahre, 2 Schwestern starben mit 22 und 23 Jahren im Kindbette, 3 Geschwister in den Kinderjahren an unbekanntem Krankheiten.

Der Kranke war ein lustiges Kind, fiel im 11. Jahre von einem Dache herunter; dieser Sturz hatte aber keine Folgen. Im 13. Jahre hatte er einige Male Schüttelfrost. In der Schule war er fleissig, lernte leicht und gut. Lues, Alkoholismus werden geleugnet.

25 Jahre alt, heiratete er; seine Frau starb nach 7 Jahren an Zuckerkrankheit. Aus dieser Ehe stammt ein 17jähriger gesunder Sohn. Der Kranke erzählt: „Mit meiner ersten Frau lebte ich sehr glücklich, sie

---

1) Die zwei ersten Fälle wurden am 16. April 1905 im königl. Ärzteverein vorgestellt.

wurde aber krank und starb, seitdem gehe ich zugrunde.“ Im 33. Jahre besserte sich der Zustand des Kranken und er heiratete zum zweiten Male. Diese Ehe war unglücklich, ihr entstammen 3 Kinder, zwei gesunde und das dritte ist schwächlich.

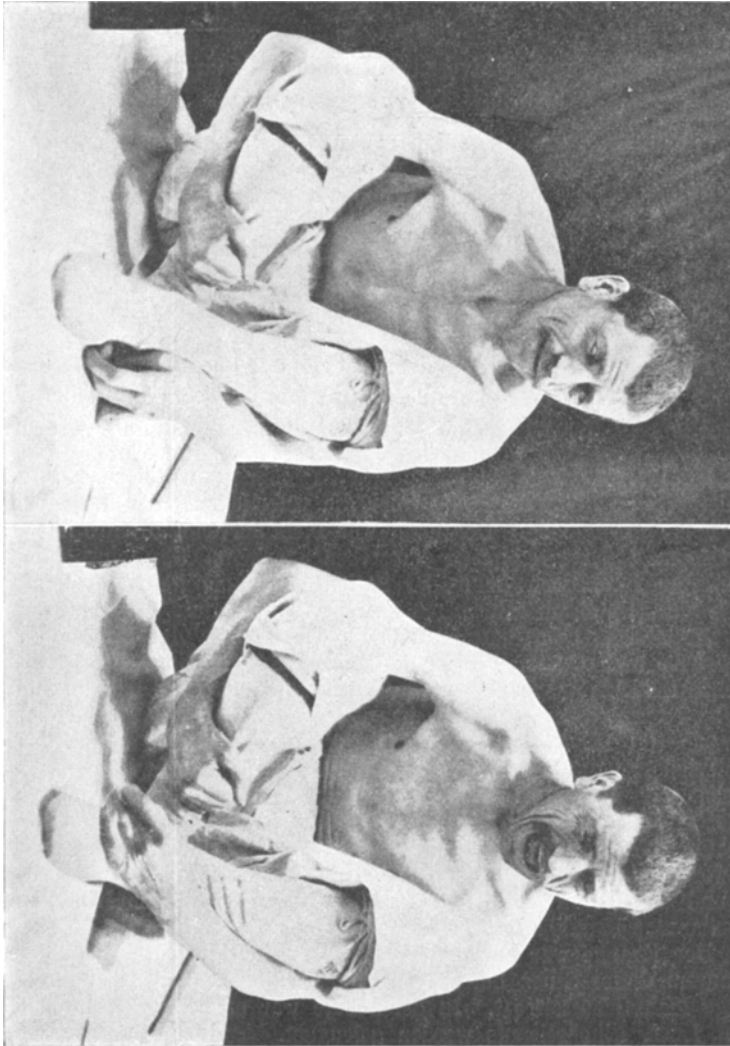


Fig. 1.

Vor 5 Jahren erkrankte unser Patient im Sommer an Typhus und konnte darum nicht arbeiten, im Winter aber gibt es keine Arbeit für den Landmann, so musste er, um seine Familie erhalten zu können, Geld borgen. Im nächsten Sommer wiederholte sich angeblich der Typhus.

Seitdem stellte sich Schwäche ein, die bis jetzt fort dauert. Die Arbeitslosigkeit machte seinem Vermögen bald ein Ende. „So ergab ich mich dem Kummer und ging zugrunde.“ In dieser misslichen Stimmung fühlte er im Winter des Jahres 1901—2 einen Krampf im Fusse, dieser dauerte jedoch nicht lange. Im Dezember des nächsten Jahres zitterte der Kopf des Kranken. Jeder Versuch, dieses Zittern zurück zu halten, hatte den Erfolg, dass dasselbe noch heftiger wurde. Es stellten sich Zuckungen ein, die immer mehr krampfartig wurden, bis der Patient in den jetzigen Zustand verfiel.

Status praesens: Die inneren Organe des abgemagerten Kranken sind gesund, der Urin enthält keine fremden Bestandteile.

Patellar-, Achillessehnenreflex, Bauchreflexe sind leicht auslösbar, auch die Hautreflexe sind vorhanden, der Fussohlenreflex befolgt den Beuge-  
typus. Die Pupillen reagieren gut auf Licht und bei Akkomodation. Die Bewegung der Augenmuskeln ist intakt, das Gesichtsfeld normal. Eine Sensibilitätsveränderung, eine Hyperästhesie ist nicht vorhanden. Die Motilität ist in allen anderen Muskeln, welche nicht vom Krampfe befallen sind, nicht gestört. Der Kranke ist wegen seinem Leiden verzweifelt, er sitzt stundenlang in seinem Bette, umfasst mit den Händen die Füße und sucht dadurch eine Stütze zu finden. (Fig. 1.)

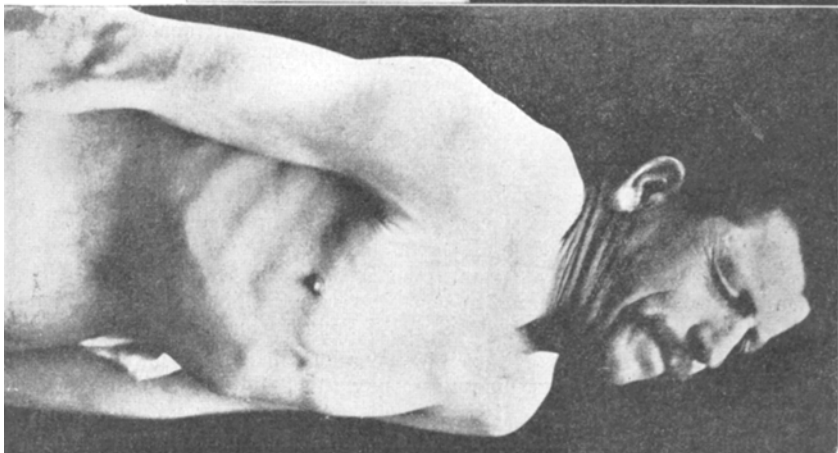
Das Gesicht des Kranken ist infolge der fortwährenden Kontraktionen der Gesichtsmuskeln tief gefurcht. Die Stirn wird gerunzelt, die Augenbrauen hochgezogen, der Mund wird bald breit-, bald zusammengezogen, die Zähne knirschen, manchmal öffnet und schließt sich der Mund einige Male nacheinander, die Zunge wird hervorgestreckt und zurückgezogen. Der Kranke macht Bewegungen, als wenn er erbrechen müsste. Diese Bewegungen verhindern ihm zu sprechen, das Essen ist kaum möglich, das Schlingen schwer. Der Kranke fürchtet sich vorm Ersticken, die Inspiration ist krampfhaft und oft von einem schrillen Ton begleitet. Oft wird der Kopf links gedreht infolge der Kontraktion des rechten *M. sternocleidomastoideus*, manchmal beugt sich der Kopf zur linken Schulter infolge der Kontraktion des linken *M. splenius*. Dann wird der Kopf nach rückwärts und nach vorn gebeugt. man sieht dabei beiderseits Zuckungen im *Platysma*. Die Schultern werden hoch hinaufgezogen, der Rücken ist krumm, der Thorax in Inspirationsstellung, der Bauch eingezogen (Fig. 2), auch die Finger der rechten Hand bewegen sich fortwährend, oft wird der Daumen gespannt, die übrigen Finger gebeugt.

Diese Krämpfe werden heftiger, wenn der Kranke spricht oder sonst aufgeregt ist, und lassen wenig nach, wenn die Aufmerksamkeit abgelenkt ist, oder wenn der Kranke andere Bewegungen ausübt, z. B. die Arme hebt, oder beim Gange. Die Nachtruhe ist gestört, aber wenn der Kranke einschläft, verschwinden alle diese Krämpfe. Der Kranke hatte einen Griff ersonnen, mit dem er imstande war, eine Zeitlang die Krämpfe zu unterdrücken. Dies erreichte er, indem er die rechte Hohlhand an das Kinn legte. Jetzt hat auch dieser Griff seine Wirkung verloren.

Der Verlauf der Krankheit zeigt eine allmähliche Verschlimmerung. Jede neue Behandlung bringt eine Besserung für 3—4 Wochen und wird dann wirkungslos. Massage, Hydrotherapie, Absonderung mit Milchkur, Übungen nach Brissaud-Meige's Methode, Bromsalze mit salzreicher Kost, Laudanum aufsteigend und abfallend, hatten denselben kurzen Erfolg. Auch



Fig. 2.



wurde auf unser Ersuchen von Herrn Dr. Kopits eine Scheinoperation mit Chloroformnarkose und Gipsverband versucht, doch ohne geringsten Erfolg. Das Hypnotisieren des Kranken ist nicht gelungen.

Fall 2. M. J., 30 Jahre alt, Dienstmagd, wurde am 30. Juni 1904 aufgenommen.

Das Schicksal der Grosseltern ist unbekannt. Der Vater starb im 51. Jahre 8 Tage nach einer Stichwunde an Fieber, die Mutter 48 Jahre alt an Lungenentzündung. Eine Schwester des Vaters lebt, doch kann die Kranke über ihren Gesundheitszustand keine Aufklärung geben, 3 Schwestern der Mutter sind gesund; 5 Schwestern der Kranken leben: eine ist 48 Jahre alt, hat 2 Kinder; eine ist im 39. Jahre und hat 5 Kinder; eine im 28. Jahre; eine im 25. Jahre. Alle sind gesund. Eine 35jährige Schwester ist gesund, aber seit ihrer Kindheit immer schlechter Laune und traurig.

Unsere Patientin erinnert sich nicht, als Kind krank gewesen zu sein, sie war aber immer leicht erregbar und in schlechter Stimmung. „Das Leben macht mir keine Freude, ich wäre lieber gestorben.“ Die Menstruation zeigte sich im 17. Jahre, dabei sind Schmerzen vorhanden.

Im 18. Jahre gebar sie ein Kind, welches ein Jahr lebte, seitdem wurde sie nicht schwanger. Der Vater des Kindes versprach ihr die Ehe, hielt aber sein Versprechen nicht. Darob hatte die Kranke mit ihm und auch mit ihrer Schwester viel Verdross. Später starb der Geliebte. Infolge dieser Vorfälle wurde die Kranke schlaflos und unruhig.

Im September 1902 erschienen Parästhesie und stechender Schmerz im Nacken. Deswegen hatte sie den Kopf oft hin und her bewegt. Später wiederholten sich diese Bewegungen gegen ihren Willen, wurden heftiger und krampfhaft, und ihr Zustand verschlimmerte sich bis zur Aufnahme in der Klinik fortwährend.

Status praesens. Die inneren Organe der gut genährten Kranken sind gesund. Der Urin enthält keine fremden Bestandteile. Die Motilität ist ausser den Krämpfen nicht beschränkt. Die Sehnen- und Hautreflexe sind leicht auslösbar, der Fusssohlenreflex befolgt den Beugetypus. Die Pupillen sind mittelweit, reagieren gut auf Licht und bei Akkommodation. Das Sehfeld ist normal, der Farbensinn ist gut. Die Sensibilität ist nicht gestört, es besteht keine Hyperalgesie. Geringe Ovarie ist manchmal links vorhanden. Es besteht ein leichter Tremor der geschlossenen Augenlider und auch der Finger.

Die Klage der Kranken sind die Krämpfe, welche den Kopf fast fortwährend nach links drehen. Der rechte M. sternocleidomastoideus springt dabei vor und ist als harter, dicker Strang tastbar. Parästhesien bestehen auch jetzt am Nacken. Der Kopf bewegt sich ausserdem nach vorn und rückwärts, die Schultern werden hinaufgezogen. Die Gesichtsmuskeln nehmen an diesen Bewegungen teil, die Augenlider, die Stirn, der Mund bewegen sich. Der Ausdruck des Gesichts ist eine schmerzliche Grimasse (Fig. 3). Das Schlucken ist insofern erschwert, als Patientin dabei Stechen im Schlunde fühlt. Die Patientin machte vor einiger Zeit die Bemerkung, dass der Kopf stillsteht, wenn sie mit der rechten Hohlhand ihr Gesicht rechts berührt. Eine Kraft wird dabei nicht angewendet, im Gegenteil, wenn die Patientin, dem Krampf entgegen, ihren Kopf von links festhalten will, gelingt ihr das nicht, die Krämpfe werden dann nur noch heftiger. Dieser Griff hat



Fig. 3.

aber jetzt seine Wirkung verloren. Bei fröhlicher Stimmung, bei Ablenkung der Aufmerksamkeit bessert sich der Zustand, bei schlechter Stimmung und Erregung verschlimmert er sich. Im Schlafe weichen die Bewegungen vollkommen.

Die Krankheit besserte sich ein wenig während des Aufenthaltes in der Klinik. Jede Therapie ist 3—4 Wochen lang wirkungsvoll, später aber ohne Erfolg. So wurden Massage, Elektrotherapie, Absonderung mit Milchdiät, Laudanum, Bromsalze mit salzreicher Diät, Übungen nach Brissaud-Meige, Arsykodylinjektionen nacheinander angewendet. Zuletzt wurden Injektionen mit Thiosinamin, in Alkohol gelöst, in die Schulter gegeben. Diese Injektion schmerzt, und die Injektionsstelle ist bei Bewegung empfindlich. Diese Schmerzen veranlassen die Kranke, mit den Bewegungen aufzulassen. Hypnose gelang nicht. Das Endresultat der ganzen Behandlung ist eine Besserung.

Fall 3. P. S., 28 Jahre alt, Arbeiterin in einer Tabakfabrik, wurde am 11. März 1901 aufgenommen. Über die Grosseltern ist nichts bekannt. Die Mutter, 66 Jahre alt, leidet an Kopfschmerzen, ist leicht erregbar und schlaflos. Der Vater starb 37 Jahre alt an Tuberkulose. Zwei Schwestern der Kranken leben, eine 46jährige und eine 48jährige Frau, beide leiden an Kopfschmerzen, die erstere hat zwei, die letztere ein gesundes Kind. Eine Schwester der Mutter starb als kleines Kind, eine andere im 28. Lebensjahre im Kindbett. Die Geschwister des Vaters sind unbekannt. Die Kranke hatte eine Schwester, welche einige Tage nach der Geburt starb.

Die Kranke erinnert sich auf ihre Kinderjahre nicht, sie hatte keine Lust zum Spiele, liebte die Einsamkeit, später konnte man sie nur mit Gewalt zwingen, an einer Unterhaltung teilzunehmen, die Menses scheinen seit dem 17. Jahre regelmässig.

Sie wurde im 21. Jahre verheiratet, hatte einen Sohn, der im 4. Monate starb. Im 23. Jahre hatte sie oft Erbrechen, Kopfschmerz und traute sich eine Zeitlang nicht auf die Gasse; sie dachte, dass sie fallen müsste, sie wurde auch einige Male ohnmächtig, hatte jedoch dabei keine Krämpfe.

Ihre jetzige Krankheit ist ihrer Aussage nach infolge von Zwistigkeiten mit ihrem sehr heftigen Manne entstanden. „Ich bin vom vielen Weinen krank geworden.“ Dazu kam im Oktober 1900 ein geringfügiger Schlag auf den Nacken. Seitdem schwindelte ihr und bald darnach bemerkte sie einen Krampf, welcher ihren Kopf nach rechts drehte. Diese Bewegung wiederholte sich immer häufiger, in den letzten Tagen ist der Kopf sogar fortwährend nach rechts gedreht. Es entstanden auch Parästhesien in den Händen und Füßen und Zuckungen im Rücken, an den oberen Extremitäten und im rechten Schenkel.

Status praesens. Die inneren Organe sind gesund, im Urin sind keine fremden Bestandteile. Die Pupillen reagieren gut, die Sehnenreflexe sind lebhaft. Sensibilität, Sehfeld, Farbensinn sind normal, Ovarialgie ist nicht vorhanden. Die Motilität ist mit Ausnahme der Krämpfe normal.

Die Kranke kann ihren Kopf nur recht selten gerade halten, dieser ist fast ausnahmslos nach rechts gedreht. Diese Kontraktion wird zum grössten Teile vom linken M. sternocleidomastoideus bedingt, welcher dick und hart tastbar ist, auch die rechte Schulter wird hochgezogen, wobei der

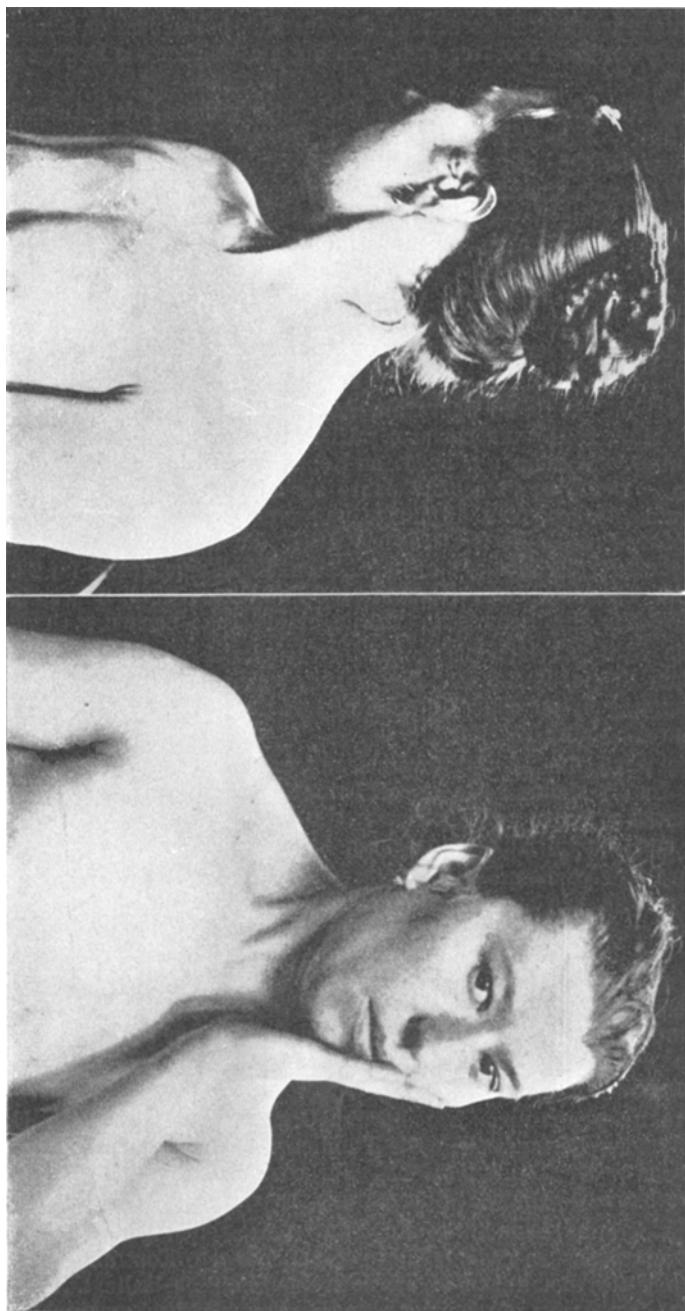


Fig. 4.



rechte *M. cucullaris* kontrahiert erscheint. Die oberen Extremitäten kommen manchmal bei diesen Zuckungen in Beugstellung, auch die Muskeln des linken Schenkels ziehen sich manchmal dabei zusammen. Die Zunge und die Gesichtsmuskeln sind auch nicht immer frei.

Diese Zuckungen werden bei der Arbeit, beim Sprechen seltener, bei Aufregung häufiger. Dieselben sind nachmittags heftiger, die Nachtruhe ist nicht gestört.

Die Kranke hat mehrere Griffe erfunden, mit welchen sie diese Krämpfe verhindern kann. Dies gelang ihr, wenn sie plötzlich tief Atem schöpfte; später hielt sie den linken *M. sternocleidomastoideus* mit zwei Fingern fest und konnte damit die Zuckungen bewältigen. Zuletzt gelang ihr dies, wenn sie links das Kinn auf die linke Hand stützte. Mit diesem Griff ist keine Kraftausübung verbunden. Eine Kraftausübung in dieser Richtung würde den Kopf in der Richtung des Krampfes schieben. (Fig. 4.)

Ich habe die Kranke während ihres Aufenthaltes in der Klinik erst täglich, später seltener hypnotisiert und habe mit ihr in der Hypnose und ausserhalb der Hypnose Übungen gemacht. Auch Duschen wurden angewendet. Im Monat April wurde die Kranke wesentlich gebessert entlassen. Der Erfolg bestand darin, dass die Kranke arbeitsfähig wurde, nur selten kam es zu einer Zuckung in den Muskeln.

Im April 1905 habe ich die Kranke ersucht, mich über ihren Gesundheitszustand zu benachrichtigen. Sie erschien auf der Klinik und erzählte, dass sie gut arbeitet, der Kopf dreht sich zwar einmal täglich nach rechts, das belästigt sie aber nicht. Gesund ist die Kranke auch heute nicht. Sie hat materielle Sorgen und beklagt sich über leichte Erregbarkeit. Ihre Klage richtet sich auf Schlaflosigkeit, Appetitlosigkeit, Parästhesien im Nacken. Die objektive Untersuchung erwies Tremor der Augenlider und der Hände und kleine Kontraktionen in beiden *Mm. cuculares*.

Ich hatte ausserdem noch Gelegenheit, 3 Fälle zu beobachten, welche von Herrn Prof. Jendrassik<sup>1)</sup> schon besprochen wurden. Der erste Fall betrifft einen jungen Beamten mit zahlreichen neurasthenischen Beschwerden. Dieser Kranke war in der Entwicklung zurückgeblieben und hatte auch einmal ein Suicidium versucht (Fig. 5). Der zweite Kranke ist ein kräftiger Südländer; dieser hatte einen Sprachfehler, war sehr aufgereggt und konnte es wegen Heimweh in der Klinik kaum aushalten (Fig. 6). Diesem wurden später von Herrn Prof. Dollinger<sup>2)</sup> die 4. cervikalen Nerven ohne Erfolg reseziert. Der dritte Fall ist ein an hysterischer Geistesstörung leidendes Mädchen, welches zuerst in den Gesichtsmuskeln Krämpfe hatte, später drehte sich der Kopf und der Rumpf seitwärts (Fig. 7).

Fassen wir diese 6 Fälle zusammen, so ergibt sich, dass sämtliche Kranke neuropathisch belastet waren. Der erste Kranke, ein 44jähriger Mann, hatte eine zanksüchtige Mutter, und eine mit Kopf-

1) A belgyógyászat kézi könyve. Bd. VI. 1899.

2) Dollinger, Sebészeti módszerek. Bd. I. S. 191.

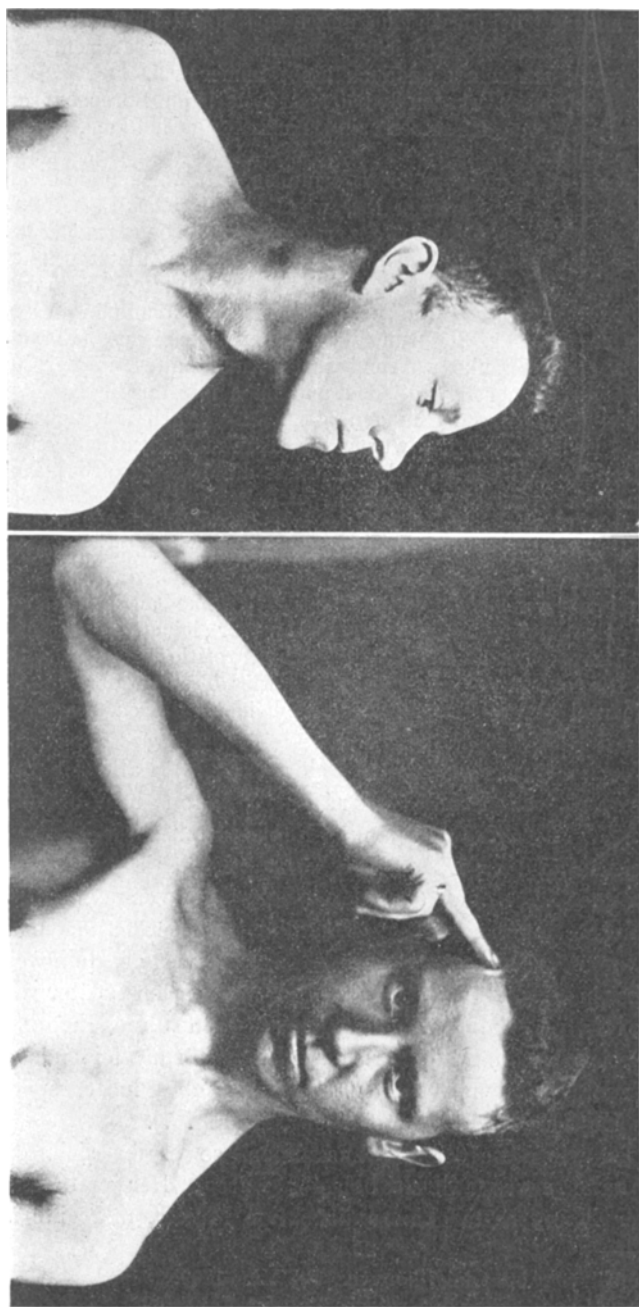


Fig. 5.

mit nachfolgender und mit dem Typhus nicht in gehörigem Verhältnisse stehender Schwäche und Arbeitslosigkeit, Verlust des Vermögens. Im zweiten Falle haben wir es mit einer 30jährigen Frau zu tun, die eine missmutige Schwester hat. Diese Kranke „hatte nie Freude am Leben und wäre lieber gestorben“. Ein aussereheliches Kind im 18. Jahre, Verdruss mit der Schwester und dem Geliebten, Tod des Geliebten hatten sie schon vor den Krämpfen aufgeregt und schlaflos gemacht. Die dritte Kranke, eine 28jährige Arbeiterin, hat eine nervöse an Kopfschmerzen und Schlaflosigkeit leidende Mutter, zwei ebenfalls mit Kopfweh behaftete Tanten. Auch diese Kranke hatte nie eine fröhliche Laune, musste mit Gewalt zu Unterhaltungen gebracht werden, litt an Kopfschmerzen, hatte Zwist mit ihrem Manne und „ist vom vielen Weinen krank geworden“.

Besonders zu erwähnen ist, dass ausser dem einen Falle Jendrassiks keiner hysteric Stigmen hatte.

Der unmittelbare Anstoss zum Torticollis war im ersten Falle ein Zittern des Kopfes, im zweiten Falle Parästhesien im Nacken; im dritten Falle war es ein geringfügiger Schlag, welcher die Gedanken der Kranken an den Nacken heftete.

Die Krämpfe waren in keinem der sechs Fälle im Gebiet des N. accessorius geblieben. Es waren auch Gesichts-, die Schulter-, die Rumpfmuskulatur, die oberen Extremitäten, manchmal auch die unteren, meistens beiderseits beteiligt. Niemals konnte man von isolierten Muskelkrämpfen sprechen, es handelte sich vielmehr um koordinierte Bewegungen, um krampfartige Kopf-, Rumpf-, Schulterhaltung; der Gesichtsausdruck wird durch den Ausdruck Grimasse am besten charakterisiert.

Sämtliche Kranke hatten einen Griff zum Verhindern der Krämpfe erfunden, den sie immer ohne Kraftanwendung gebrauchten und der also nur autosuggestiven Einfluss haben konnte.

Ein therapeutischer Erfolg wurde im 3. Falle mit Hypnose und Übungen erzielt, die Kranke wurde zwar nicht gesund, doch arbeitsfähig. Der Fall 2 wurde durch andere suggestive Methoden gebessert bei den übrigen erreichten wir fast gar keinen Erfolg.

Aus alldem ist ersichtlich, dass alle 6 Kranke an Torticollis hystericus litten.

Diese Krankheit war einst unter dem Namen Accessoriuskrampf bekannt. Dieser Ausdruck ist aus den Fachzeitschriften schon längst verschwunden und findet nur mehr in den Lehrbüchern als Titel Eingang. Charcot<sup>1)</sup> hat schon im Jahre 1888 darauf aufmerksam ge-

1) Charcot, Leçons de mardi. Bd. I. S. 381. Vortrag am 26. Juni 1880.

macht, dass die Krämpfe nicht selten auf das Gesicht und auf die Lippen übergehen, einer seiner Kranken hatte auch in der oberen Extremität Krämpfe. Die Chirurgen Keen und Noble Smith<sup>1)</sup> wurden 3 Jahre später zu derselben Auffassung geführt; ihre Erfahrungen zeigten nämlich, dass nach Resektion des Accessorius dieselben Kopfbewegungen weiter ausgeführt wurden und rieten deswegen, ausserdem auch die Resektion der zervikalen Nerven vorzunehmen.

Verschiedene Autoren haben versucht, in ihren Fällen die Muskeln festzustellen, welche an dem Krampf teilnahmen. Das ist aber nicht gut gelungen, es ist fast oft sogar ganz unmöglich. Brissaud<sup>2)</sup> hat darauf hingewiesen, dass es sich um koordinierte Bewegungen handelt. Jendrássik<sup>3)</sup> spricht von Assoziationsbewegungen und betont, dass es sich überhaupt nicht um Muskelkrämpfe handelt, sondern vielmehr von einer krampfartigen Kopfbewegung oder Kopfhaltung und bemerkt weiter, dass Krampf meistens beiderseitig ist.

Der Ausdruck *Tic rotatoire* der älteren französischen Literatur zeigt, dass die besprochenen Erscheinungen zum *Tic* gerechnet wurden. Dieser Ausdruck fand aber nicht den Beifall Charcots, der im *Tic* schnellere, blitzartige Bewegungen sah. Brissaud will trotzdem im *Torticollis* einen *Tic* sehen. Dieser Autor zitiert Charcots<sup>4)</sup> Auffassung über den *Tic*: „Le tic est un produit direct de la vésanie.“ So wird der *Torticollis* eine psychische Krankheit. Es ist Brissauds Verdienst den psychischen Ursprung betont zu haben und auch der Name *Torticollis mentalis* wurde von ihm ersonnen.<sup>5)</sup> Brissaud hat ausserdem den Griff bemerkt, mit welchem der Kranke Herr über seine Krämpfe wird. Diesen Griff, welchen jeder Kranke für sich selbst erfindet, könnten wir einen psychischen oder einen autosuggestiven Griff nennen, da derselbe ohne Kraftanwendung wirkt.

Meige<sup>6)</sup> huldigt in seinem Buche derselben Auffassung. Der Name *Tic* erhält bei ihm eine breite Basis. Dazu werden gerechnet: die schlechten Gewohnheiten, angewöhnte Gesten, der *Tic de grattage*, das Lippen- und Nagelbeissen. Nicht für identisch doch für verwandt hält dieser Autor die Beschäftigungskrämpfe: den Schreibkrampf, das Stottern. Interessant ist es, dass in einigen Fällen Schreibkrampf

1) Zitiert nach Kalmus. Beiträge zur klin. Chirurg. 1900. Bd. 26. S. 198.

2) Brissaud, Leçons I., Journal de méd. et de chir. prat. 25. Jan. 1894, S. 503.

3) Jendrássik, A belgyógyászat kézi könyve 1899. Bd. VI.

4) Charcot, l. c. S. 51.

5) Dieser Ausdruck ist natürlich von de Quervain missverstanden worden, wenn er betont, dass seine Kranken keine Geisteskranken waren.

6) Meige, Le tic et leurs traitement. 1902.

und Torticollis mentalis an demselben Kranken beobachtet wurde und dass der Torticollis oft wie der Tic mit Parästhesien beginnt.

Somit erscheinen bei Meige alle psychischen Krämpfe identisch oder verwandt mit dem Tic, ausser dem hysterischen Krampfanfall.

Oppenheim<sup>1)</sup> sieht die Ursache in einer neuro- oder psychopathischen Diathese, zu welcher sich als Auslösungsmomente Traumen, Erregungen u. s. w. anschliessen.

Jendrássik<sup>2)</sup> bemerkt, dass ähnliche Krämpfe wie der Torticollis mentalis an anderen Körperstellen kaum aus anderer Ursache als Hysterie vorkommen, und erblickt diesem Gedankengang folgend, im Torticollis mentalis keine eigentliche Krankheit, sondern nur ein Symptom der Hysterie. Diese Auffassung wird bei Jendrássik noch dahin erweitert, dass jeder echte spasmodische Torticollis ein Torticollis mentalis sei. Ein epileptischer Anfall, bei dem sich der Kopf seitwärts dreht, darf natürlich mit dem Torticollis mentalis nicht verwechselt werden. Ich habe vor kurzer Zeit auf der Klinik einen Fall beobachtet, in welchen Zuckungen der Gesichts- und Nackenmuskeln der einen Seite ohne andere Krämpfe ein Symptom der Jackson-Epilepsie war. Dieser Fall ist nach Sublimatinjektionen geheilt. Diese Muskelzuckungen unterscheiden sich vom Torticollis mentalis dadurch, dass man einzelne Muskelzuckungen, aber keine koordinierte Krämpfe sieht. Auf ähnliche Fälle hat auch Bristaud aufmerksam gemacht, auf Fälle, bei welchen man Zuckungen als Frühsymptom der Dementia paralytica, oder als Symptom einer Läsion des 2. Gyr. frontalis finden, z. B. die Fälle von Berkeley, Chipault, Debrou.

Einige Autoren sprechen über hysterischen und nichthysterischen Torticollis. So will z. B. Bompaire<sup>3)</sup> einen hysterischen Torticollis unterscheiden und eine andere Form als einfache Degeneration. Bernhardt<sup>4)</sup> spricht sich in dem Sinne aus, dass es hysterische Formen und auch eine andere Gruppe von Torticollis gibt, deren Ätiologie unbekannt ist. „In der Mehrzahl der Fälle und speziell bei Männern liegt diese Neurose den oft jahrelang anhaltenden Nackenmuskelerkrämpfen nicht zugrunde.“ Dagegen wendet Jendrássik ein, dass die Lehre der traumatischen Hysterie eben bewiesen hat, dass Männer öfters eine hysterische Kontraktur bekommen als Frauen, und

1) Oppenheim, Lehrbuch.

2) Jendrássik, l. c.

3) Bompaire, Thèse de Paris 1894.

4) Bernhardt, Die Erkrankungen der periph. Nerven. 1897.

dass diese Kontrakturen sehr hartnäckig sind und oft überhaupt nicht heilen.

Dass sämtliche spasmodischen Torticollisarten zum Torticollis mentalis gehören, kann auch aus der Literatur nachgewiesen werden, wenn man die nicht aus diesem Gesichtspunkte publizierten Fälle durchmustert. So erwähnt Moser-Morhof<sup>1)</sup>, dass in dem von ihm besprochenen Falle links der M. sternocleidomastoideus, das Platysma, und der M. cucularis kontrahiert werden; es ist aber rätselhaft, dass der Druck auf den linken und auch auf den rechten Accessorius den Kopf zum Stillstand bringt. Gardner und Giles' Kranke (1893) konnten mit 3 Fingern den heftigsten Krampf bewältigen. Im Falle von Kalmus führte ein Druck auf die Austrittsstelle des Accessorius zu demselben Erfolge. Die Durchschneidung des Accessorius, nach welcher die Krämpfe in Muskeln, welche nicht vom Accessorius versorgt sind, verschwinden, gehören auch hierher. Dieser Druck auf den Accessorius beruht ebenso auf Suggestion, wie der Druck auf die Ovariengegend, welcher auch bei Männern zum Coupieren der hysterischen Anfälle dienen kann. Das Durchschneiden des Accessorius bedeutet auch nicht mehr. Der Arzt und der Kranke stehen dabei unter einer Suggestion.

Wir müssen weiter betonen, dass derjenige Torticollis spasmodicus, welcher an hysterischen Kranken beobachtet wird, in gar keinem Punkt von demjenigen abweicht, bei welchem keine andere hysterischen Symptome gefunden wurden.

Steyerthal<sup>2)</sup> hat die Geschichte einer Familie veröffentlicht, in welcher Mutter und zwei Söhne an Torticollis spasmodicus litten. Hysterie wird von diesem Autor ausgeschlossen mit der Begründung, dass sonst keine hysterischen Symptome, Stigmata vorhanden waren.

Der ausgezeichnete Ausdruck Charcots<sup>3)</sup>, die „monosymptomatische Hysterie“ gerät augenscheinlich in Vergessenheit. Charcot hat mit demselben eben solche Fälle bezeichnet, wo keine anderen hysterischen Symptome aufzufinden waren, und bespricht den Umstand, dass hysterisches Schluchzen, Husten, Gähnen oft ohne jedem anderen hysterischen Zeichen vorkommt, und er stellt einen Fall von Dyspnöe vor, welcher ein Jahr beobachtet wurde, und sich als hysterisches Symptom erwies, trotz Mangel aller übrigen Zeichen.

Hoffentlich wird diese Auffassung auf die Therapie günstig einwirken. Ein hysterisches Übel kann doch nur eine suggestive Therapie verlangen. In einem meiner Fälle hatte die Hypnose eine

1) Moser-Morhof, zitiert nach Kalmus.

2) Steyerthal, Arch. f. Psych. 1904. Bd. 38. S. 958.

3) Charcot, Leçons de mardi. Bd. II. Vortrag am 23. Oktbr. 1888.

wesentliche Besserung herbeigeführt, dabei war die Übungstherapie von Brissaud und Meige nützlich.

Auch die Chirurgie hat einige Erfolge zu verzeichnen; dass dieselben nur auf Suggestion beruhen, wurde schon besprochen. Das Durchschneiden des Accessorius brachte doch die Krämpfe der nicht vom Accessorius innervierten Muskeln zum Stillstand. Die Tatsache, dass diese Eingriffe nur als Suggestion wirken, wird von Quervain, der Kochers Fälle veröffentlicht, zugegeben. Er schreibt, dass nach der Durchschneidung des Muskels das kortikale Zentrum bei den Zuckungen keinen Widerstand findet, und dadurch mächtig suggeriert wird. Das aber nicht alles Erfolg der Operation ist, was als solcher betrachtet wird, möge kurz ausgedeutet werden. Im Falle Soudham wurden beide Accessorii durchschnitten, nach der Operation war der Kranke wenig gebessert, erst viel später erfolgte die Heilung. Dasselbe gilt im Falle Moser-Mosetig, in welchem der Accessorius gedehnt wurde. Tage Hansen resezierte den Accessorius im April, der Kranke genas im August. Der Kranke Alberts wurde ein  $\frac{1}{2}$  Jahr nach dem operativen Eingriff gesund. Der Kranke, über dessen Accessoriusdehnung Benedikt spricht, musste noch lange Zeit elektrisiert werden. Einem Kranken wurde von Noble-Smith einem anderen von Gardner und Giles der N. accessorius und die Nn. cervicales reseziert, zur Genesung kam es aber erst viel später.

Das Wort „geheilt“ wird oft auf Fälle benutzt, die eigentlich nicht als geheilt, sondern nur wesentlich gebessert sind. Man muss aber anerkennen, dass dem Kranken der, wenn auch nicht geheilt, doch arbeitsfähig geworden ist, dieser Streit um das Wort wenig bekümmert. Kocher z. B.<sup>1)</sup> durchschneidet den M. sternocleidomastoideus, den M. trapezius, splenius, complexus maior und minor und den Obliquus inferior. In einigen dieser als geheilt aufgeführten Fälle erscheinen noch immer bei Erregung Krämpfe trotz der Operation. Auch schreibt der eine Kranke, dass er nach der Operation mit der rechten Hand nicht schreiben kann, wenn er einige Worte schreibt, so dreht sich sein Kopf nach rechts. Deshalb ist er jetzt genötigt, mit der linken Hand zu schreiben. Zu bemerken ist, dass in diesen Fällen Parästhesien, Schmerzen oder ein Gefühl der Spannung fast immer zurückbleiben.

Solcher Erfolg ist aber dem chirurgischen Eingriff nur manchmal beschieden, es kommt oft vor, dass darnach der Krampf auf andere bisher gesunde Muskeln übergeht.

Auf einen schädlichen Einfluss jedes chirurgischen Eingriffes muss

1) Quervain, Semaine méd. 1896. 5041.

noch besonders hingewiesen werden. Ein Kranker, welcher wegen einer hysterischen Erscheinung, wegen eines Torticollis, oder auch wegen anderen neurasthenischen Erscheinungen einer Operation unterworfen wird und diese — wie es in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle die Regel ist — missglückt, wird um eine ungünstige Suggestion reicher, nämlich um die Suggestion, dass sein Leiden „nicht einmal mit einer Operation geheilt werden kann“.

Traurige Erfahrungen haben uns belehrt, dass wir dieser Suggestion der Kranken meistens waffenlos gegenüberstehen.

Das Ergebnis dieser Betrachtungen mögen folgende Sätze sein.

Jeder aus tonischen oder klonischen Krämpfen bestehender spasmodischer Torticollis ist ein Torticollis mentalis.

Torticollis mentalis ist ein Symptom der Hysterie und kann ohne andere hysterische Symptome als monosymptomatische Hysterie erscheinen.

Die Therapie dieses hysterischen Symptoms kann nur eine suggestive sein, chirurgische Eingriffe können nicht gebilligt werden.

---