

XLII.

Aus der psychiatrischen und Nervenlinik der Universität
Halle (Director: Geheimrath Prof. Dr. Wernicke).

Functionelle Contractur der Halsmuskeln.

Von

Dr. Knapp,

Oberarzt in Halle.

Neben den Extremitäten ist der Hals eine Prädispositionsstelle für functionelle Muskelcontracturen. Ein Unterschied zwischen den Extremitätencontracturen und den tonischen Krämpfen der Nackenmuskeln ist schon insofern vorhanden, als die ersteren sich fast stets an paretischen Gliedern ausbilden, also secundäre Störungen repräsentiren, während die letzteren meist ein selbständiges Leiden darstellen und keine Paresen zur Voraussetzung haben. Letzteren kommt auch deshalb eine selbständigere Rolle zu, weil sie verhältnissmässig häufig die einzige functionelle körperliche Störung sind und auch der Nachweis einer allgemeinen neuropathischen Constitution nicht immer leicht gelingt, während die hysterischen Contracturen an den Extremitäten so gut wie immer mit einer Anzahl von hysterischen Stigmata verbunden sind.

Die Kramp fzustände am Halse sind mit besonderer Vorliebe und besonderem Interesse in der französischen neurologischen Literatur berücksichtigt worden. Ist es gestattet, aus der Zahl der Abhandlungen auf die Häufigkeit der Fälle zu schliessen, so müsste man annehmen, dass die Nackenmuskelcontracturen in Frankreich ungleich häufiger sind, als bei uns in Deutschland. Es ist möglich, dass Rassenunterschiede dabei eine Rolle spielen.

Während die einen von den französischen Autoren, wie Jaccoud¹⁾, Féré²⁾ und Guibert³⁾ streng zwischen der *Forme tonique* und der

1) Jaccoud, *Traité de pathologie interne*. 1872. 2e édit. I.

2) Féré, *Crampe fonctionelle du cou*. *Revue de Méd.* 1883. p. 769 und 1894. p. 755.

3) Guibert, *Crampe fonctionelle du cou*. *Revue de Méd.* 1892. p. 317.

Forme clonique der Kramp fzustände am Hals unterscheiden, wird in den Arbeiten von anderen, wie Brissaud¹⁾, Feindel²⁾³⁾, Noguès et Sirol⁴⁾, Maréchal⁵⁾ auf diese Unterscheidung kein Werth gelegt. Brissaud's Schüler Feindel spricht direct von einem spasme tonico-clonique des muscles rotateurs de la tête, also von einer Mischform dieser Krämpfe. Oppenheim nennt in seinem Lehrbuch drei Formen dieser Halsmuskelkrämpfe, eine tonische, eine klonische und eine gemischte. Die klonischen Krampf Formen sind neuerdings (Arch. f. Psych., 38, S. 948 ff.) von Steyerthal ausführlich monographisch bearbeitet worden.

Für unsere Arbeit kommen nur die tonischen Krämpfe, bezw. die tonische Componente der Kramp fzustände am Hals in Betracht. Als gebräuchlichste Bezeichnung für die Halsmuskelcontracturen finden wir bei den Franzosen den Ausdruck Torticollis, in der deutschen Literatur ebenfalls Torticollis oder auch gelegentlich hysterisches Caput obstipum, während Grasset⁶⁾ mit einer gezwungenen Begründung den gekünstelten Namen Spasme polygonal vorschlägt.

Als Ursache für die Contractur nehmen Jaccoud und seine Nachfolger eine Hyperkynésie de l'accessoire de Willis an, auch in Deutschland spricht man von „Accessoriuskrämpfen“, während Andere, wie Desnos⁷⁾, der die Bezeichnung Crampe fonctionelle du muscle sternomastoidien vorschlägt, die Ursache in einen der Muskel verlegen. Gewöhnlich aber handelt es sich mehr um einen Kramp fzustand des ganzen Halses (affection spasmodique du cou), als um den isolirten Krampf eines Muskels oder eines Nerven (s. auch Féré, Revue de Méd. 1894, p. 755). Auch Oppenheim macht in seinem Lehrbuch darauf aufmerksam, dass meist mehrere Halsmuskeln in jeder nur denkbaren Combination von dem Krampf befallen sind, und Binswanger spricht in seinem neuen Werk über Hysterie von einer „associirten Contractur der gesamten Hals- und Nackenmuskulatur“.

Darüber, dass psychische Momente einen grossen Einfluss auf die Kramp fzustände haben, und dass es meist neuropathische Indi-

1) Brissaud, Leçons sur les maladies nerveuses. 1895. p. 514 ff.

2) Feindel, Iconographie de la Salpêtrière. X. p. 404.

3) Feindel et Meige, Quatre cas de Torticollis mental. Arch. gén. de Méd. V. 60.

4) Noguès et Sirol, Iconographie de la Salpêtrière. XII. 483.

5) Maréchal, Journal de Neurol. 1898.

6) Grasset, Iconographie de la Salpêtrière. X. 218.

7) Desnos, Bull. de la Société médicale des hôpitaux. 1880.

viduen sind, welche von denselben betroffen werden, sind alle Autoren einig. Brissaud¹⁾ hat den psychogenen Ursprung am entschiedensten betont und den inzwischen auch von anderen Autoren vielgebrauchten Namen Torticollis mental vorgeschlagen. Er²⁾ und Andere haben beobachtet, dass gelegentlich eine ganz bedeutungslose willkürliche Reaction von Seiten des Befallenen, z. B. das Anlegen eines Fingers an das Kinn, genügt, um gewaltsame Muskelactionen zu corrigiren. Grasset³⁾ hat dynamometrisch festgestellt, dass der Druck eines Fingers, welcher eine Leistung von $\frac{1}{2}$ kg darstellte, genügend war, um einer krampfhaften Contraction der Halsmuskeln, welche einen Werth von 7—8 kg repräsentirte, das Gegengewicht zu halten. Will man diese Krampfstände nicht ganz im Symptomencomplex der Hysterie aufgehen lassen, so sind der Berührungspunkte mindestens sehr viele und die Combination des functionellen Schiefhalses mit hysterischen Symptomen eine nicht seltene.

Wie aus dem Namen Torticollis hervorgeht, handelt es sich bei den Contracturen am Halse besonders häufig um eine krampfhafte Rotation des Halses. Seltener sind die Fälle einfacher Seitwärtsneigung oder Rückwärtsbeugung des Kopfes. Brissaud⁴⁾ veröffentlicht einen Fall von isolirter krampfhafter Rückwärtsbeugung des Kopfes und bringt dafür die Bezeichnung Retrocollis in Vorschlag. Es genüge, wenn man mit dem Mann sprach oder selbst wenn man ihn nur ansah, um diejenige krankhafte Stellung des Halses, welche beim hysterischen arc de cercle vorübergehend auftritt, für längere Dauer hervorzurufen. Da auch bei dem Torticollis im engeren Sinn neben der krampfhaften Drehung des Kopfes und Halses immer auch eine mehr oder weniger ausgesprochene Seitwärtsbeugung vorhanden ist, so schlage ich vor, die bisher berücksichtigten Fälle mit dem gemeinsamen Namen Beugecontracturen des Halses zu bezeichnen. Bei den hysterischen Extremitätencontracturen hat man sich längst gewöhnt, zwischen Streck- und Beugecontracturen zu unterscheiden. Wenn von den tonischen Krämpfen der Halsmuskeln bisher fast ausschliesslich die Beugecontracturen Berücksichtigung gefunden haben, so rührt das vielleicht davon her, dass die dadurch hervorgerufene groteske Veränderung der menschlichen Gestalt sofort die Aufmerksamkeit gefangen nehmen muss und ein markantes klinisches Demonstrationsobject abgiebt.

1) l. c. p. 514 ff.

2) l. c. p. 518.

3) l. c. p. 231.

4) l. c. p. 547.

So häufig diese Beugecontracturen des Halses nach Brissaud's Ausführungen vorkommen, so scheinen doch auch die functionellen Streckcontracturen der Halsmuskeln keine Seltenheit zu sein, obwohl sie bisher fast gar nicht berücksichtigt worden sind. Sie fallen weniger ins Auge und machen auch grössere differentialdiagnostische Schwierigkeiten, als die des Torticollis, der, wie sich Feindel ausdrückt, auf den ersten Blick und aus der Entfernung sich diagnosticiren lässt. Ich habe im letzten Jahre eine grössere Anzahl hierhergehörender Fälle zu beobachten Gelegenheit gehabt. Das praktische Interesse, welches einem Theil derselben zukommt, mag ihre ausführliche Veröffentlichung rechtfertigen.

1. Fall. Die 29jährige Förstersfrau A. St. kommt am 8. September 1903 in die Poliklinik mit der Klage über Unbeweglichkeit des Halses, Schmerzen im Nacken, Lähmung und zeitweise Anschwellung des linken Armes. Die Nackenschmerzen stellen sich schon bei der geringsten Anstrengung, z. B. bei längerem Gehen ein, der Arm sei oft bleischwer und sie empfinde ein Frostgefühl darin. Fasse sie mit der linken Hand zu oder gehe sie länger mit herabhängendem linken Arm, so sei es ihr, als ob die Finger anschwellen.

Schon vor 4 Jahren seien die Genickschmerzen zum erstenmal aufgetreten, im Anschluss an grössere Anstrengungen in Haushalt und Wirthschaft. Ostern 1902 seien dieselben so heftig geworden, dass sie ärztliche Hilfe nachgesucht habe. Die Diagnose wurde auf Neuralgie gestellt; weil aber die Nackensteifigkeit den Verdacht einer tuberculösen Wirbelerkrankung weckte, wurde die Frau in eine chirurgische Klinik gesandt. Dort wurde sie im Juni 1902 8 Tage lang in Streckverband gelegt mit dem Erfolg, dass nunmehr auch im linken Arm anfallsweise Schmerzen auftraten.

Elektricität in jeder Form und Massage seien ohne Erfolg angewendet worden. Das Allgemeinbefinden habe nie gelitten; über Kopfschmerzen, Schwindel, Erbrechen habe sie nie zu klagen gehabt. Als Mädchen sei sie mit Ausnahme eines Anfalls von Bleichsucht und einer fieberhaften Krankheit im 16. Lebensjahre, die mit Schluckbeschwerden einherging, nie krank gewesen. Sie lebe in glücklicher sorgloser Ehe; ihr einziges 9jähriges Kind sei gesund.

Bei der frischen blühenden kräftigen Frau sind die Lungen und die übrigen inneren Organe gesund und lassen sich im Gebiet der Gehirnnerven, am Augenhintergrund und am übrigen Centralnervensystem keine organischen Veränderungen entdecken.

Die Halswirbelsäule ist sehr druckempfindlich. Auch leise Berührungen der Haut werden schon unangenehm vermerkt. Die Spitze des 7. Halswirbeldornfortsatzes weicht um $1\frac{1}{2}$ —1 cm nach links aus der Reihe. Bei directer Prüfung ist der Hals völlig unbeweglich; jeder Versuch, denselben zu drehen, nach der Seite zu neigen oder nach vorn oder hinten zu beugen scheitert an der Muskelspannung und ruft intensive Schmerzen hervor. Später gelingt es bei der Untersuchung der Rachenorgane mühelos, den Nacken nach hinten und

seitlich maximal zu beugen, ohne irgend Beschwerden hervorzurufen. Compression der Wirbelsäule ist bei gewöhnlicher Kopfstellung schmerzhaft; wird der Kopf zum Rumpf in einen stumpfen Winkel gebracht und der Frau suggeriert, dass nunmehr die Schmerzen ausbleiben müssen, so kann die Wirbelsäule ohne Beschwerden comprimiert werden. Die Austrittspunkte des Occipitalnerven sind nicht druckempfindlich.

Der linke Arm kommt dem rechten an Umfang ziemlich gleich, die grobe Kraft der Muskeln ist dagegen gering. Die dynamometrische Leistung beträgt rechts 24 kg, links 9 kg; nach einer Behandlung mit starken faradischen Strömen wurden links 20 kg erreicht.

Eine halbseitige Hypalgesie, welche am linken Arm so stark ist, dass eine Hautfalte, ohne Schmerzen zu erregen, durchstochen werden kann, wird durch Verbal-suggestion prompt beseitigt.

Der Rachenreflex, welcher bei der ersten Prüfung fehlt, wird in gesteigertem Grade bei der 2. Prüfung schon durch blosse Annäherung des Spatels ausgelöst.

In den nächsten 2 Monaten stellt sich die Frau wiederholt zur Untersuchung und Behandlung ein. Während die Nackensteifigkeit definitiv beseitigt blieb und der Hals stets activ und passiv, willkürlich und unwillkürlich bewegt werden konnte, kehrten die durch den elektrischen Strom für kurze Zeit beseitigten Schmerzen im Nacken und Arm regelmässig bald nach Verlassen der Poliklinik wieder. Endlich verschwanden die Nackenschmerzen, an ihre Stelle traten aber „wahnsinnige Schmerzen“ in der linken Schulter, die später auch die rechte Schulter ergriffen. Das Allgemeinbefinden blieb nach wie vor ungestört; die Schwäche im linken Arm war bald mehr, bald weniger deutlich und durch Faradisation stets für den Augenblick zu beseitigen.

Bei der letzten Consultation machte die Frau eine auffallende Angabe. Wenn sie eine Lampe trage, so habe sie das Gefühl, dieselbe müsse ihr entfallen, ehe sie den für sie bestimmten Standort erreiche. Habe sie die Lampe dann glücklich abgestellt, so müsse sie dieselbe erst noch längere Zeit krampfhaft umklammert halten und es sei ihr zunächst unmöglich, die Finger zu bewegen.

Zusammenfassung. Schon das Verhalten des Rachenreflexes, die halbseitige, durch Suggestion leicht zu beeinflussende Sensibilitätsstörung, der Charakter der Parese am linken Arm, welche sich durch Faradisation so schnell beseitigen lässt, zwingen uns zu dem Verdacht, dass auch die Genickschmerzen und die Contractur der Halsmuskeln hysterischen Ursprungs sind. Dieser Verdacht wird zur Gewissheit, wenn wir bemerken, dass der bei directer Prüfung unbewegliche Nacken bei abgelenkter Aufmerksamkeit beliebig und schmerzlos gebeugt werden kann, und dass die Nackenschmerzen nicht bloss für den Augenblick unter dem Einfluss des elektrischen Stromes verschwinden, sondern

schliesslich dauernd ausbleiben, bezw. durch Schmerzen in den Schultern ersetzt werden. Unzweifelhafte ätiologische Momente für die nervösen Störungen sind nicht zu finden; das spätere Auftreten einer Zwangsvorstellung weist auf eine psychopathische Veranlagung hin.

Eine besondere Erwähnung verdient die Abweichung des 7. Halswirbeldornfortsatzes aus der Reihe der übrigen, welche die irrige Diagnose des Chirurgen mit verschuldet haben mag. Ich habe diese Anomalie seither bei einer Reihe von ganz gesunden Menschen beobachtet. Dass sie auch in unserem Falle nicht als Ergebniss eines organischen Krankheitsprocesses zu betrachten war und dass sie nicht die Ursache der Störungen am Hals sein konnte, wird durch das Verschwinden der Anomalien durch die elektrische, bezw. suggestive Behandlung bewiesen.

Die nicht so seltene Deviation des Dornfortsatzes der Vertebra prominens ist vielleicht folgendermaassen zu erklären. Bekanntlich sind die Dornfortsätze des 3. bis 6. Halswirbels gespalten, während am 7. diese Spaltung für gewöhnlich kaum noch zu erkennen ist. In einzelnen Fällen ist die Verschmelzung der beiden Zacken an der Vertebra prominens noch nicht ganz vollständig erfolgt. Vielleicht giebt es nun Individuen, bei denen überhaupt nur die eine Hälfte des Dornfortsatzes ausgebildet wird, die andere verkümmert bleibt, sodass dadurch eine Asymmetrie des Fortsatzes entsteht und derselbe scheinbar aus der Reihe tritt. Eine Bestätigung dieser Hypothese haben mir weder Studien in anatomischen, noch in vergleichend-anatomischen Werken ergeben; doch habe ich auch die durch Palpation gelegentlich deutlich nachweisbare Deviation nirgends beachtet gefunden.

2. Fall. Das 11jährige Schulmädchen H. B. wird uns von ihrer Mutter mit der Angabe zugeführt, dass das Kind seit einiger Zeit still, scheu und schläfrig geworden sei, langsam gehe, sich steif halte, von den Spielen der Kameradinnen sich zurückziehe und häufig so stark zittere, dass es die Tasse nicht mehr ordentlich halten könne. Erbrechen sei häufig vorhanden und trete zu jeder Tageszeit auf ohne Zusammenhang mit der Nahrungsaufnahme und ohne grosse Beschwerden. Zuweilen klage sie über Kopf- und Leibschmerzen und „thue, als ob sie Schwindel hätte“. Früher sei sie nie krank gewesen, nur habe sie im 3. Lebensjahre „Zahnkrämpfe“ gehabt. In der Familie seien weder Nerven-, noch Lungen-, Knochen- und Drüsenerkrankungen vorgekommen.

Von dem blassen, schlecht genährten, blöden und furchtsamen Mädchen ist keine Antwort zu erhalten. Der Gang ist langsam, schlürfend; dabei wird der Rumpf vollständig steif gehalten. Sämmtliche Bewegungen sind durch die Steifigkeit der ganzen Wirbelsäule theils sehr erschwert, theils unmöglich gemacht. Der Nacken ist auch passiv völlig unbeweglich, ebenso die Brust- und Lendenwirbelsäule. Beklopfen der Dornfortsätze und Compression

der Wirbelsäule scheint schmerzhaft zu sein. Ausser gesteigerten Sehnenreflexen an Armen und Beinen, Fussclonus rechts und links, Spasmen am rechten Bein und beiden Armen und unbedeutender Abweichung der vorgestreckten Zunge nach links ist am Nervensystem nichts Abnormes zu finden. Insbesondere ist der Augenhintergrund vollständig normal. Zuweilen ist ein Zucken um den linken Mundwinkel zu bemerken.

Am Herzen fällt eine Verstärkung des 2. Pulmonaltones auf, für welche ein Grund nicht zu finden ist. Der Puls ist regelmässig, kräftig, und schwankt zwischen 72 und 80 Schlägen. Die Lungen sind anscheinend frei, verdächtige Drüenschwellungen sind nicht zu fühlen. Die Temperatur ist normal.

Der Aufforderung, das Kind der stationären Klinik zu übergeben, wird nicht Folge geleistet. Dagegen erzählt die Frau nach 14 Tagen, dass das Kind nach Hygiamadarrreichung sofort munterer geworden, und dass das Erbrechen alsbald verschwunden sei. In der That hat sich das Aussehen wesentlich gebessert. Die Steifigkeit ist an beiden Armen gleich, am rechten Bein anscheinend stärker ausgesprochen als am linken; die Sehnenreflexe an den Armen und die Kniephänomene sind symmetrisch gesteigert, das Achillessehnenphänomen ist rechts vielleicht etwas stärker, auch ist rechts Andeutung von Fussclonus vorhanden. Hals- und Brustwirbelsäule sind activ und passiv vollständig frei beweglich; Gang und übrige Bewegungen lassen keine Störungen erkennen. Der Puls beträgt während der Untersuchung 144, nach derselben 112 Schläge. Auf eine Anfrage beim Lehrer erfuhren wir, dass das Mädchen ausserordentlich schwach begabt sei. 14 Tage später besuchte das Kind wieder die Schule, mit demselben Erfolg wie früher.

Zusammenfassung. Die anamnestischen Angaben und der objective Befund, insbesondere die Spasmen, die Steigerung der Sehnenreflexe und die Nackensteifigkeit lassen es verstehen, wenn wir nach der ersten Untersuchung trotz des Fehlens von Augenhintergrundsveränderungen und von Störungen seitens der Gehirnnerven eine organische Gehirnkrankung für das Wahrscheinlichste hielten.

Der Verlauf aber lässt es zweifellos erscheinen, dass es sich lediglich um functionelle Störungen bei einer Imbecillen handelte. Wenn bei der zweiten Untersuchung noch eine Asymmetrie der Spasmen an den Beinen und theilweise auch der Sehnenreflexe vorhanden zu sein schien, so ist darauf kein Gewicht zu legen, da bei der geringen Intelligenz des Kindes nicht erwartet werden konnte, dass es die Muskeln immer gleichmässig activ entspannte. Spasmen und scheinbar asymmetrische spastische Erscheinungen sind bei Idioten eine nicht selten zu beobachtende Erscheinung. Das Verschwinden der Contractur der Nacken- und Rückenmuskeln ist auf den suggestiven Einfluss der Untersuchung und der Hygiamadarrreichung zurückzuführen.

3. Fall. Der 42 jährige Gutsbesitzer L. R. klagt über Appetitlosigkeit und starkes Durstgefühl, schlechten Schlaf und Sausen im Hinterkopf, Stirn und Schläfen. Er könne nicht längere Zeit gehen und stehen, nicht in die Höhe sehen, sich nicht bücken, auch sei ihm das Sitzen auf harter Unterlage unmöglich. Doppeltsehen, Schwindel, Erbrechen, Störungen der Urinentleerung und der Geschlechtsfunction habe er nie gehabt. Der früher stets gesunde, seit 11 Jahren in kinderloser Ehe lebende, erblich nicht belastete Mann sei im März 1902 an Rippenfellentzündung erkrankt. Es seien ihm damals $1\frac{1}{2}$ Liter Flüssigkeit aus der Brusthöhle entfernt worden. Darnach habe er sich zwar vollkommen erholt, im Frühjahr 1903 aber habe er binnen kurzer Zeit ohne erkennbare Ursache um 10 Pfund an Körpergewicht verloren.

Die Frau will psychische Anomalien nie beobachtet haben. Die schriftlichen Angelegenheiten erledige der Kranke ebenso gut wie früher. Zuweilen sei ihr Mann tagelang wieder vollständig normal, so dass ihm von seiner Krankheit kaum etwas anzumerken sei.

Untersuchungsbefund am 27. August 1903: Der mittelgrosse Mann sieht zwar mager, aber nicht krank und auffallend jugendlich aus, hat aber lebhaftes Krankheitsgefühl. Er hält sich im Sessel sitzend vollständig steif, fühlt sich ausser stande, auch nur $\frac{1}{2}$ Minute sich auf den Beinen zu halten und sucht während der Untersuchung ängstlich immer wieder den Sessel zu gewinnen. Der Nacken ist activ und passiv völlig unbeweglich; beim Versuch den Hals passiv zu drehen, fängt der Kranke sofort zu wimmern an. Besonders der 7. Halswirbeldornfortsatz ist auf Beklopfen sehr empfindlich, bei Compression der Wirbelsäule andere lebhafte Schmerzen geäussert. Aeusserlich lässt sich nichts Regelwidriges wahrnehmen, die Austrittsstellen der Hinterhauptsnerven sind nicht besonders druckempfindlich.

Im Bereich der Gehirnnerven lassen sich Störungen nicht nachweisen. Die rechte Pupille ist etwas weiter, die Reaction beiderseits ausreichend. Der Augenhintergrund ist abgesehen von einer leichten temporalen Sichel und stark hervortretenden Venen normal. Eine bei unbekannten Paradigmen zu bemerkende Sprachstörung verschwindet bei wiederholten Versuchen. Keine Paresen, keine Spasmen, kein Romberg, normale Hautreflexe. Die Sehnenreflexe sind am linken Bein vielleicht etwas lebhafter, beiderseits gesteigert. Hyperästhesie bei Nadelstichen. Dermatographie. Starke idiomusculäre Wulstbildungen. Tremor der gespreizten Finger, der vorgestreckten Zunge und der geschlossenen Lider. Rachenreflex fehlt. Ausgesprochene Ovarie.

Nur im Liegen 92, klein, nach dem Aufstehen 120, nmittelbar nachher Puls 72, ruhig, etwas tardus. 2. Pulmonalton verärbt. Sonst Herz o. B.

An der linken Halsseite eine Drüsennarbe. Die linke Brusthälfte bewegt sich bei der Athmung nicht und ist stark eingezogen. Dämpfung und fast unhörbares Athmen links hinten unten. Lungengrenze rechts hinten unten am 1.—2. Dornfortsatz der Lendenwirbelsäule, vorn am unteren Rand der 7. Rippe, ausreichend verschieblich. Dämpfung und klein- bis mittelblasige Rasseleräusche über beiden Lungenspitzen.

Urin frei von Eiweiss und Zucker. Die Temperatur normal. Ausser Platt-

fussanlagen, weichen Leisten- und geschlängelten Schläfenarterien ist am Körper sonst nichts Abnormes zu finden.

Die Merkfähigkeit ist mangelhaft, die Ausdrucksweise nicht ungewandt. Die Sprache fließend und sicher, die Rechenfähigkeit genügend. Am psychischen Verhalten ist nichts auffallend.

Zu der 6 Tage später vorgenommenen Untersuchung kommt der Mann den eigenen Wagen lenkend aus dem 2 $\frac{1}{2}$ Meilen entfernten Wohnort angefahren. Er ist frischer und weniger ängstlich geworden. Die Nackensteifigkeit ist bei directer Prüfung zwar geringer geworden, aber immer noch deutlich ausgesprochen. Bei abgelenkter Aufmerksamkeit ist der Hals vollkommen frei und schmerzlos beweglich. Als der Kranke froh über den günstigen ärztlichen Bescheid den Wagen bestiegen und die Zügel ergriffen hat, sieht er sich nochmals nach meinen Fenstern um und grüsst mit rückwärts gedrehtem Kopf. Im Uebrigen ist der Untersuchungsbefund derselbe geblieben.

Zusammenfassung. Der doppelseitige Lungenspitzenkatarrh mit beginnenden Infiltrationserscheinungen, die Schrumpfung der linken Brusthöhlen mit Schwartenbildung, Folge einer mit Exsudatbildung einhergehenden Pleuritis, die Drüsennarbe an der linken Halsseite, lauter Veränderungen tuberculöser Natur, rechtfertigten den Verdacht, dass auch der Nackensteifigkeit eine tuberculöse Erkrankung der Wirbel oder der Meningen zu Grunde liege. Die Beobachtung der Körpertemperatur und die Untersuchung der Gehirnnerven gaben allerdings diesem Verdacht keine Stütze. Vielmehr wiesen die hysterischen Stigmata (Fehlen des Rachenreflexes, Ovarie, Hyperalgesie), das jämmerliche Gebahren des Mannes, die neurasthenischen Symptome (Pulsabilität, Steigerung der Sehnenreflexe, idiomuskuläre Wulstbildungen, Dermatographie, Tremor der Hände, Lider und Zunge) und die Angabe der Frau, dass ihr Mann wieder tagelang anscheinend völlig normal sei, darauf hin, dass es sich auch bei der Nackensteifigkeit um eine nervöse Störung funktioneller Art handelte. Zur Gewissheit wurde diese Annahme, als die bei der zweiten Untersuchung sich ohnedies erheblich geringer darstellende Contractur der Nackenmuskeln bei abgelenkter Aufmerksamkeit gelegentlich vollständig verschwand.

4. Fall. Von der 50jährigen Frau D. H. konnte ich bei der Consultation in der chirurgischen Klinik zunächst nur in Erfahrung bringen, dass die Kranke früher an Kopfschmerzen, Schwindel und Erbrechen gelitten haben und wiederholt an den Genitalien und an den Ohren operirt worden sein solle. In den letzten Tagen scheine sie hallucinirt zu haben. Gehen und Stehen sei vollständig unmöglich, der Nacken sei steif, jeder Versuch, ihn zu bewegen, schmerzhaft. Ausserdem sei sie fast taub. Die Temperatur solle früher zuweilen erhöht gewesen sein.

Von der Kranken selbst ist zunächst nichts zu erfahren. Ihre Stimme ist

Anfangs leise und heiser, schlägt leicht über in Fistellage, wird zuweilen völlig unverständlich. Mit einer Verwandten, die eben nach ihr gesehen hatte, hatte sie überhaupt nichts gesprochen und sich mit verbundenem Kopf in ihren Kissen vergraben.

Der Kopf ist auf Beklopfen überall empfindlich.

Der Nacken ist steif, jeder Versuch, ihn passiv zu drehen und zu neigen, löst Jammerlaute aus. Wenn sie den Kopf in die Kissen zurücklegt, so hält sie ihn mit den Händen. Bei abgelenkter Aufmerksamkeit, z. B. bei der Untersuchung der Mundorgane, lässt sich der Kopf mühe- und schmerzlos bewegen.

Die Pupillen reagieren gut. Der Augenhintergrund ist normal.

Das Gesichtsfeld ist Anfangs bei grober Prüfung eingeengt. Bei Wiederholung derselben fällt auf, dass die Kranke von der seitlich ins Gesichtsfeld gebrachten Hand in der Peripherie regelmässig einen Finger weniger zu sehen angiebt, als ausgestreckt sind. Sie geht auf die Suggestion ein, dass für das bebrillte Auge das Gesichtsfeld grösser werde. Schliesslich gelingt es, ein normales Gesichtsfeld nachzuweisen.

Die Augenbewegungen sind frei. Doppelbilder sind nicht vorhanden.

Die Austrittsstellen des Quintus und Occipitalnerven sind nicht mehr druckempfindlich, als die übrigen Schädelpartien. Sensibilitätsstörungen im Gesichte fehlen.

Die genaue Hörprüfung kann zunächst nicht vorgenommen werden. Schon bei der ersten Untersuchung fiel aber auf, dass sie die halblaut gemachte Bemerkung, ihre Stimme habe sich im Laufe der Untersuchung sichtlich gebessert, offenbar verstand und sofort wieder heiser wurde. Nach Reinigung des Gehörganges erscheinen die Trommelfelle, mit Ausnahme einer unbedeutenden Einziehung des rechten, normal, eine Spur von einer Narbe ist an ihnen so wenig, wie am Warzenfortsatz zu entdecken. Die Stimmgabelprüfung ergibt normale Verhältnisse auch am rechten Ohr. Bei späteren Untersuchungen versteht die Kranke auch Alles anstandslos.

Auch unbedeutende Geruchsunterschiede werden wahrgenommen, aber meist falsch geschildert. Z. B. wird bei *Asa fétida* angegeben: „Das schmeckt nicht so schlecht.“ Die Kranke klagt über üblen Geruch.

Geschmacksstörungen fehlen bei direkter Prüfung, trotzdem die Kranke angiebt, „alle Speisen schmecken so bitter“. Die Zunge ist nicht belegt und weicht kaum nach rechts ab. Das Schlingen geht gut von Statten. Beim Nachsprechen von Paradigmen ist zuerst ein affectirtes Silbenstolpern zu bemerken, das bei wiederholten Prüfungen ausbleibt. Später wird die Sprache fliessend.

Bei Widerstandsbewegungen wird Anfangs nur minimale Kraft entfaltet und besonders über starke Schmerzen an den Armen geklagt. Bei der zweiten Untersuchung war das Resultat befriedigend.

Bei direkter Prüfung auf Ataxie machen Beine und Arme grob ausführende Bewegungen und verfehlen stets ihr Ziel. Bei abgelenkter Aufmerksamkeit ist keine Koordinationsstörung wahrzunehmen.

Die Sehnenreflexe sind symmetrisch gesteigert, an den Beinen bis zu Patellar- und Fussclonus. Der Fussclonus ist nur 2—3schlägig. Der Zehenreflex erfolgt plantar. Der Muskeltonus ist normal.

Ausser einer deutlichen Hypalgesie an beiden Armen, die nach oben in der Achselfalte circular abschneidet, sind keine Sensibilitätsstörungen nachzuweisen.

Die Respiration ist beschleunigt, etwa 36, wird aber während der Untersuchung langsamer und schliesslich fast normal. Störungen an den Lungen sind nicht mit Sicherheit zu erkennen, doch ist die Kranke zu tiefen Athemzügen nicht zu bewegen.

Die Pulszahl beträgt zuerst 130 Schläge, der Puls ist klein. Nachher sind im Liegen 102, nach dem Aufsitzen 120 Pulse zu zählen. Die Herztöne sind rein, der 2. Pulmonalton nicht verstärkt, die Dämpfung normal.

Urinentleerung und Urin normal.

Am Abdomen eine ca. 10 cm lange Narbe in der Linea alba; sie rührt von der Entfernung zweier Gewächse an den Eierstöcken her.

Der Rachenreflex fehlt. Die Brüste und die Ovarialgegend sind sehr druckempfindlich; die Ovarie lässt sich suggestiv beseitigen. Die strumpförmige Sensibilitätsstörung an den Armen ist bereits erwähnt. Dermatographie ist angedeutet. Die vorgestreckte Zunge zittert leicht.

Gegen die Aufforderung, sich auf die Füsse zu stellen, sträubt sich die Frau. Wird sie von den Wärterinnen vor das Bett gestellt, so fällt sie sofort wieder auf ihr Lager. Mitten in den Saal gebracht, sinkt sie vorsichtig und ohne sich irgend zu beschädigen, in sich zusammen. Auf Verbalsuggestion gelingt es, sie zunächst unter Stöhnen und affectirt hinkend durch den ganzen Saal nach dem Fenster zu führen. Schliesslich vermag sie aufrecht mühelos und ohne Stütze zu gehen. Ans Fenster gestellt, will sie Anfangs von der Umgebung absolut nichts sehen können. Auch diese Störung kann suggestiv beseitigt werden, so dass sie schliesslich dem Arzt die ganze Aussicht genau beschreibt. Trotz dieser für sie ungewöhnlichen Zumuthungen ist eine weitere Pulsbeschleunigung nicht aufgetreten.

Während anfänglich auch bei der 2. Untersuchung Antworten nur mit Mühe und kaum verständlich zu bekommen waren, ist die Sprache immer lauter und flüssender geworden und zum Schluss nicht mehr von der gesunder Menschen zu unterscheiden. Zuletzt wird die Frau mittheilsam und überschüttet den Arzt mit Schilderungen ihrer Leiden und Erlebnisse.

Anamnestisch erfährt man von ihr noch, dass sie 7 Mal gravid gewesen sei, an 2., 4. u. 5 u. 7. Stelle habe sie abortirt im 3.—4. Monat. Schon nach dem 1. Wochenbett seien von gynäkologischer Seite Verwachsungen und Verlagerung des Uterus festgestellt worden. Die Frage, wie es komme, dass sie von mehreren Ohoperationen gesprochen habe, während doch objectiv nichts nachzuweisen sei, beantwortet sie erst ausweichend und behauptet dann, der Arzt habe ihr gegenüber erklärt, eine Operation am Ohr vorgenommen zu haben.

Auch die Frage nach ihren früheren Hallucinationen setzt sie in Verlegenheit. Sie weicht erst aus und giebt dann nach längerem Besinnen an: „Man

will mich immer kriegten, es ist immer wer da, wenn ich eingeduselt bin. Bald soll ich dies, bald soll ich das. Ich hatte soviel eingekriegt zum Schlafen, das macht mich caput. Meine Glieder sind wie gelähmt, das fühle ich dann so deutlich. Rechts im Ohr ist es wie ein Schellenbaum, so ein Gsumse im Kopf. Ich werde alle Tage duseliger. Links ist es wie ein Wasserrauschen. Der Kopf ist so närrisch, so abwesend. Wenn ich ruhig allein bin, habe ich nicht so Schmerzen, als wenn ein Getöse ist“.

Es wird festgestellt, dass im selben Saal eine delirirende Schwerkranke lag, die nach den Angaben der Schwester „ungefähr dieselben“ Sinnes-täuschungen wie unsere Kranke gehabt hat.

Eine vierwöchentliche Beobachtung und Behandlung erzielte eine erhebliche subjective Besserung. Ueber der Rückseite der linken Lungenspitze waren gelegentlich expiratorische feuchte Rasselgeräusche zu hören. Der Patellarclo-nus verschwand, Fussclonus war nicht mehr auszulösen. Die Kopfschmerzen hatten sich bei der Entlassung fast vollständig verloren; eine entschiedene Besserung war seit einer Spinalpunction eingetreten, die keine Formelemente im Liquor cerebrospinalis zu Tage förderte.

Zusammenfassung. Die Frau war zur Operation in die chirurgische Klinik geschickt worden. Die Wahrscheinlichkeitsdiagnose lautete auf Tumor cerebri oder Abscess. Die Operation sollte von dem Ergebniss der neurologischen Untersuchung abhängig gemacht werden. Ausser den anamnestischen Angaben über Kopfschmerzen, Schwindelanfälle und Erbrechen waren die zum Klonus gesteigerten Fusssehnenphänomene, die Pulsbeschleunigung und die angebliche Herabsetzung des Sehvermögens verdächtig. Die Unfähigkeit, zu stehen und zu gehen, die in Rückenlage anfangs ausgesprochene Ataxie der Arme und Beine und die Nackensteifigkeit schienen auf den Sitz der Erkrankung in der hinteren Schädelgrube hinzuweisen, die Angaben über mehrere früher vorgenommene Ohroperationen, die Hörstörung und die früher angeblich vorhandenen Temperatursteigerungen, für welche ein anderer Grund nicht aufzufinden gewesen sei, liessen an einen otogenen Gehirnabscess denken. Doch musste das Fehlen von Augenhintergrundsveränderungen und von Störungen seitens der Gehirnnerven von Anfang an Zweifel an einer raumbeschränkenden Erkrankung erwecken und das normale Verhalten des Muskeltonus und der Plantarreflexe den Verdacht erregen, dass dem Patellar- und Fussklonus eine funktionelle Ursache zu Grunde liege.

Auf der anderen Seite waren eine Reihe von hysterischen Stigmata, Ovarie, Druckempfindlichkeit der Mamma, Fehlen des Rachenreflexes Dermatographie und eine strumpfförmige symmetrische Hypalgesie an den Armen nachzuweisen. Der Umstand, dass durch Suggestion die Gesichtsfeldeinschränkung zum Verschwinden gebracht, das Sehvermögen

gebessert, die Gangstörung beseitigt, die grobe Kraft der Armmuskulatur bei Widerstandsbewegungen wiederhergestellt wurde, dass die anfänglich heisere und oft kaum verständliche Stimme im Verlauf der Untersuchung sich immer lauter und klarer gestaltete, die fast aufgehobene Hörfähigkeit wiederkehrte, die krampfhaft beschleunigte Respiration sich beruhigte, die Ataxie bei abgelenkter Aufmerksamkeit verschwand, wies darauf hin, dass auch diese Störungen durch Hysterie bedingt waren.

Dass die Nackensteifigkeit funktioneller Natur war, konnte schon daraus vermuthet werden, dass die Kranke den Kopf sorglich mit den Händen stützte, wenn sie ihn in die Kissen zurücklehnen wollte. Sie erinnerte dabei an jene Kranke Brissaud's¹⁾ mit dem „Torticolis mental“, welche den seitlich geneigten Kopf nur dann gerade zu stellen vermochte, wenn sie beide Hände an die Wangen legte und denselben so zurecht rückte. Sichergestellt wurde der funktionelle Charakter der Nackenmuskelcontractur dadurch, dass dieselbe bei abgelenkter Aufmerksamkeit verschwand.

Die Annahme, dass auch die Pulsbeschleunigung eine funktionelle war, und dass das früher angeblich beobachtete Fieber andere Ursachen hatte, war damit berechtigt. Das Fieber konnte später auf eine Lungenspitzenaffektion zurückgeführt werden. Auch die Geschmacks- und Geruchsstörungen waren auf Hysterie verdächtig. Die Hallucinationen waren offenbar inducirt durch die delirirende Saalgenossin; sie verschwanden sofort nach der ersten Untersuchung und konnten die Annahme einer hysterischen Grundlage des ganzen Symptomencomplexes nur bestätigen.

Aetiologisch kommen mit Wahrscheinlichkeit die gynäkologischen Erkrankungen in Betracht. Nach dem ersten Wochenbett scheint eine Retroflexio uteri fixata zurückgeblieben zu sein, welche wohl auch die im 3.—4. Monate erfolgten Aborte verschuldet hat. Die doppelseitige Castration in Folge von Ovarialtumoren konnte mannigfache Ausfallserscheinungen zur Folge haben, auch mag das klimakterische Alter nicht ohne Belang geblieben sein.

Besprechung.

Anamnestiche Angaben und ein zufälliges Zusammentreffen einer Reihe auch für organische Erkrankungen charakteristischer Symptome konnten in allen unseren Fällen dazu verführen, eine organische Gehirn- bzw. Wirbelerkrankung zu diagnosticiren. Regelmässig war es die

1) Brissaud, *Maladies nerveuses*. 1895. p. 514.

Nackensteifigkeit, welche eine Hauptstütze für die Fehldiagnose abgab. Es ist deshalb von grosser practischer Wichtigkeit zu wissen, dass dieses Symptom nicht selten functioneller Natur ist. Im letzten unserer Fälle verhalf uns die Erkenntniss des functionellen Charakters der Halsmuskelcontractur dazu, den geplanten operativen Eingriff zu vermeiden und der Kranken durch eine suggestive Behandlung eine weitgehende Besserung zu verschaffen. Wie verhängnissvoll auch eine unblutige chirurgische Behandlung werden kann, wenn der functionelle Charakter jener Störung nicht erkannt wird, beweist unser erster Fall. Die Stägige Anwendung des Streckverbandes gegen die vermeintliche Wirbelerkrankung hatte eine wesentliche Verschlimmerung und eine weitere Ausbreitung der hysterischen Störung zur Folge, während eine antihysterische Behandlung die Nackenmuskelcontractur bald beseitigte. Ein weiterer Fall, den ich wegen seiner grossen Aehnlichkeit mit dem eben erwähnten nicht ausführlich beschreiben will, kam uns erst kürzlich zu Gesicht. In einer renommirten chirurgischen Heilanstalt war irrthümlicherweise eine tuberculöse Halswirbelerkrankung als Ursache der schmerzhaften Nackensteifigkeit angenommen, die Glisson'sche Schlinge angewendet und eine Verschlimmerung erreicht worden, während es durch eine elektrische Behandlung gelang, die Störung sofort zu beseitigen.

Sobald wir wissen, dass die Contractur der Halsmuskulatur functionellen Ursprungs sein kann, ergiebt sich für uns in jedem zweifelhaften Fall die Aufgabe, sorgfältig nach weiteren Symptomen eines functionellen Nervenleidens, insbesondere nach neurasthenischen und hysterischen Stigmata zu forschen. Können wir solche, wie in der Mehrzahl unserer Fälle, in grösserer Anzahl nachweisen, so ist der dringende Verdacht vorhanden, dass die Nackensteifigkeit eine functionelle ist. Eine sichere Entscheidung lässt sich treffen, wenn es gelingt, bei abgelenkter Aufmerksamkeit die Contractur vorübergehend zu beseitigen oder sie durch Suggestion vorübergehend oder dauernd zum Verschwinden zu bringen.

Wenden wir uns zur Differentialdiagnose der functionellen Halsmuskelcontractur!

Eine Meningitis oder einen Tumor, bzw. Abscess der hinteren Schädelgrube als Ursache für die Nackensteifigkeit auszuschliessen, wird verhältnissmässig selten erhebliche Schwierigkeiten machen. Sind die anamnestischen Angaben zunächst zweideutig, so wird eine fortgesetzte Beobachtung des Augenhintergrundes, der Gehirnnerven, des Pulses, von

Reiz- und Ausfallsserscheinungen immer eine sichere Entscheidung ermöglichen.

Häufiger wird eine Verwechslung der functionellen Nackenmuskelcontractur mit der reflectorischen und accidentellen bei Wirbelcaries vorkommen. Was Binswanger über die Beugecontracturen des Halses sagt, dass „Verwechslungen mit der Torticollis spastica bei Caries der Halswirbelsäule oder Meningitis tuberculosa nahe liegen, wenn ausgeprägte hyperalgetische Zustände im Bereich der Halswirbelsäule vorhanden sind“, gilt in erhöhtem Maasse von den functionellen Streckcontracturen. Ist die Wirbelcaries schon so weit vorgeschritten, dass Gibbus, Senkungsabscess und Compressionerscheinungen seitens des Rückenmarks zur Beobachtung kommen, kann das Urtheil nicht schwer sein. Anders in den Fällen beginnender Wirbelerkrankung. Gelingt es nicht, durch die Röntgenaufnahme eine Veränderung in der Halswirbelsäule zur Darstellung zu bringen, oder in der oben angegebenen Weise den einwandfreien Nachweis für den functionellen Charakter der Störung zu führen, so kann unter Umständen erst eine längere sorgfältige Beobachtung zum Ziele führen. Anderweitige tuberculöse Erkrankungen können ebenso gut eine Hysterie, als eine Wirbelcaries begleiten, bei Compression des Rückenmarkes kann auch eine Hysterische über starke Schmerzen klagen, auch bei Hysterischen kann sich die Druckempfindlichkeit auf einen oder wenige Dornfortsätze beschränken, wenn auch eine diffuse Empfindlichkeit der Wirbelsäule bei Hysterie häufiger ist. Selbst eine geringe seitliche Abweichung des untersten Halswirbeldornfortsatzes ist, wie wir oben ausgeführt haben, nicht unbedingt als Ergebniss einer organischen Wirbelerkrankung aufzufassen. Auch der Umstand, dass bei beginnender Caries die tieferen Theile am empfindlichsten sind, während bei hysterischen Contracturen schon Berührung der Haut ausreichen kann, um intensive Therapie hervorzurufen, ist nicht immer differentialdiagnostisch zu verwerthen.

Vor Allem, wenn die Nackensteifigkeit von Schmerzen hysterischen Charakters begleitet ist, kann die Differentialdiagnose gegen eine Occipitalneuralgie Schwierigkeiten machen. Auch die Schmerzen bei Occipitalneuralgie sind nicht immer intermittirend, sondern können mit geringen Schwankungen in der Intensität dauernd vorhanden sein. Auch sie werden durch Bewegungen des Kopfes, gelegentlich sogar durch energisches Auftreten gesteigert, so dass die Neigung besteht, Hals und Kopf möglichst unbeweglich zu halten.

In unserem 1. Fall zwang uns die Angabe, dass die Nackenschmerzen sich ausser bei Bewegungen auch bei längerem Gehen ein-

stellen, dazu, besonders auch eine Occipitalneuralgie differentialdiagnostisch in Erwägung zu ziehen. Das Fehlen eines Druckpunktes an der Austrittsstelle des Hinterhauptsnerven sprach gegen Neuralgie. In einem erst kürzlich zu begutachtenden Falle, in dem sich die Nackenschmerzen an ein Trauma des Schädels angeschlossen hatten und in dem andere Zeichen einer traumatischen Neurose eine durch hysterischen Nackenschmerz hervorgerufene Muskelcontractur wahrscheinlich machten, führte mich ein circumscripter Haarausfall in der Hinterhauptsgegend und eine Schwellung der Nackendrüsen zu der Wahrscheinlichkeitsdiagnose einer Occipitalneuralgie.

Auch eine rheumatische Affektion eines oder mehrerer Halsmuskeln kann die Ursache für die Unbeweglichkeit des Kopfes abgeben. Diese rheumatischen Erkrankungen sind aber meist nur von kurzer Dauer, und der myogene Ursprung der Schmerzen lässt sich gewöhnlich leicht nachweisen. Während der hysterische Nackenschmerz aber bei abgelenkter Aufmerksamkeit häufig verschwindet, wird der rheumatische gerade durch unabsichtliche Bewegungen häufig ausgelöst.

Als ätiologisches Moment kommt für die Entstehung der functionellen Nackenmuskelcontractur am häufigsten der hysterische Genickschmerz in Betracht. Die früher als Spinalirritation bezeichneten Rückenschmerzen bei hysterischen Frauen lokalisieren sich allerdings mit überwiegender Häufigkeit auf der Rücken- und Lendenwirbelsäule und verbreiten sich über eine grosse Strecke des Rückens, in selteneren Fällen aber ergreifen sie mit besonderer Heftigkeit den Halstheil der Wirbelsäule.

Gelegentlich ist die Störung traumatischen Ursprungs. Die Gewalteinwirkung braucht durchaus nicht den Hals direct betroffen zu haben; manchmal ist es ein Schlag auf den Kopf oder den Rücken, eine Verletzung des Armes, was die Contractur am Halse verursacht. Vor Kurzem hatte ich einen Waldarbeiter zu begutachten, bei dem als einzige Unfallsfolge eine bei abgelenkter Aufmerksamkeit gelegentlich verschwindende Nackensteifigkeit nachzuweisen war, und der 7 Monate zuvor aus einer Höhe von ca. 15 Metern von einem armdicken Baumast so auf die linke Kopfhälfte getroffen worden war, dass er eine 7 cm lange klaffende Hautwunde und eine Gehirnerschütterung davon trug. Auf Grund einer genauen Untersuchung in der chirurgischen Klinik mit Röntgenaufnahmen wurde eine organische Läsion ausgeschlossen. Als dem Verunglückten das vorgehalten wurde, berief er sich auf ein Knacken, das er bei aufgelegter Hand an seinem Nacken fühle. In der That konnte der fest aufgedrückte und rasch quer über

die Dornfortsätze der Halswirbel bewegte Finger das Ligamentum nuchae sich auffallend deutlich anspannen fühlen und ein leises Geräusch hervorrufen. Wenn auch das Ligament bei vielen normalen Individuen zu fühlen ist, so halte ich es doch für möglich, dass es gelegentlich der Ausgangspunkt für hypochondrische Sensationen sein kann.

Principiell von diesen Traumatikern möchte ich solche unterscheiden, die den Hals nur deshalb unbeweglich halten, weil sie durch unangenehme Sensationen im Kopfe geplagt werden. Ein prägnanter derartiger Fall kam vor wenigen Monaten in unsere Beobachtung. Ein Steinbruchsarbeiter war von einem aus beträchtlicher Höhe herabrollenden centnerschweren Granitstein ans Hinterhaupt getroffen worden und hatte ausser einer Gehirnerschütterung einen schweren complicirten Schädelbruch davongetragen, der später wiederholt eine langwierige chirurgische Behandlung und eine plastische Operation nöthig machte. Noch 2 Jahre später war eine deutliche Knochendepression am Hinterhaupt und ein kleiner Knochendefect fühlbar. Wegen eines eigenthümlich oft bis zu Schwindelgefühl sich steigernden Wallens und Brausens im Kopfe, das sich bei jeder Bewegung einstellte, hielt er den Hals unbeweglich, jeder Versuch, den Kopf passiv zu drehen, rief eine unüberwindliche Spannung der Nackenmusculatur hervor, ein unerwarteter von hinten oder von der Seite her ertheilter Zuruf veranlasste ihn nur, langsam den ganzen Körper etwas um seine Achse zu drehen, ohne den Hals irgendwie zu bewegen.

Für diejenigen Fälle functioneller Nackenmuskelcontractur, die sich weder auf ein Trauma zurückführen noch durch hysterischen Nackenschmerz hervorgerufen erweisen lassen, wird meist irgend eine psychische Ursache oder wenigstens ein Zeichen neuropathischer Veranlagung sich erkennen lassen.

Therapeutisch kommt ausschliesslich eine suggestive Behandlung in Betracht. Zweckmässig wird die Suggestion an die Anwendung des elektrischen Stromes oder der Massage geknüpft. Zuweilen, besonders wenn sich eine Wirbelerkrankung nicht sicher ausschliessen lässt, dürfte sich eine Verwendung von Salben als Träger der Suggestion empfehlen. Immer wird man versuchen, durch Ablenkung der Aufmerksamkeit die Störung momentan zu beseitigen und dadurch die Kranken von der Harmlosigkeit derselben zu überzeugen.

Wie beim Torticollis tonicus, so handelt es sich auch bei der functionellen Streckcontractur der Halsmuskeln um eine associirte Contractur der gesammten Halsmusculatur. Strecker und Beuger, Rechts- und Linkswender sind in gleicher Weise angespannt; dadurch, dass sie sich

das Gleichgewicht halten, wird Hals und Kopf in der natürlichen aufrechten Haltung fixirt.

Meinem hochverehrten früheren Chef, Herrn Professor Cramer in Göttingen, bin ich für die gütige Ueberlassung zweier meiner Fälle zum Dank verpflichtet. Auch meinem gegenwärtigen Lehrer und Chef Herrn Geheimrath Wernicke spreche ich für die Erlaubniss, einige in der hiesigen Klinik beobachtete Fälle mit zu verwerthen, meinen Dank aus.
