

(Aus der Psychiatrischen und Nervenlinik der Universität Königsberg i. Pr.  
[Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. *E. Meyer*].)

## Über organisch bedingte Halsmuskelkrämpfe.

Von

Dr. Kurt Moser,  
Assistent der Klinik.

Vor etwa 2 Jahren wurden in hiesiger Klinik einige Fälle von Halsmuskelkrämpfen bei Erkrankungen des extrapyramidalen Systems beobachtet, die ich in einem 1923 im Verein für wissenschaftliche Heilkunde zu Königsberg, Pr., gehaltenen Vortrag über Genese und Klassifikation der Halsmuskelkrämpfe verwertete<sup>1)</sup>. Von ihrer Publikation glaubte ich jedoch wegen des Fehlens pathologisch-anatomischer Befunde, sodann wegen der Kleinheit des Materials und der Kürze der Beobachtungszeit, die eine sichere Beurteilung der Fälle und bindende Schlüsse nicht zuließ, damals Abstand nehmen zu müssen.

In der Folgezeit haben nun die organisch bedingten Halsmuskelkrämpfe zunehmende Beachtung gefunden und ist ihre Bedeutung von allgemeinerem, über den Rahmen des eigentlichen Krankheitsbildes hinausgehendem Interesse geworden. Bildeten sie doch ein Bindeglied extrapyramidalen Dyskinesien und psychogen bedingter Bewegungsstörungen, blieben nicht ohne Einfluß auf die herrschenden Anschauungen sowohl der Funktionen des extrapyramidalen Systems wie der psychogenen Erscheinungsformen und führten endlich erneut vor Augen, wie sehr die Entscheidung psychogen oder organisch bei ein und demselben Syndrom, abgesehen von der jeweiligen Einstellung des Einzelnen, vor allem vom zeitweiligen Stand des Wissens abhängig ist.

Die Zahl der immerhin noch spärlichen kasuistischen Mitteilungen erwies sich jedoch bisher noch als zu gering, um den auf ihnen aufgebauten Anschauungen von größerer Tragweite genügend Nachdruck zu verleihen und zu einheitlicheren Auffassungen zu verhelfen. So ist namentlich in der neuen 7. Auflage des *Oppenheimschen* Lehrbuches der organischen Genese einer nicht geringen Zahl von Halsmuskelkrämpfen und den damit gegebenen neueren Gesichtspunkten in dem betreffenden Kapitel (S. 1951) meines Erachtens nicht genügend Rechnung getragen und der alte *Brissaudsche* Standpunkt der psychogenen Genese des Torti-

---

<sup>1)</sup> Vgl. Vereinsbeilage Dtsch. med. Wochenschr. 1923, S. 400.

collis spasticus in zu einseitiger und konservativer Weise beibehalten worden. (Vgl. dagegen das Kapitel von *Goldstein*, Seite 2068). Nach *Wartenberg* gelten noch heute die Worte *Gowers*, daß der Torticollis spasticus ein Rätsel ist, dessen Lösung uns heute noch nicht möglich ist. *W. Schmitt* betont, daß gleich wichtig wie die anatomische Erforschung weiterhin die klinische Beobachtung eines jeden Falles von Halsmuskelerkrämpfen auf etwaige verwandtschaftliche Züge mit dem dystonischen Syndrom sei.

Aus diesen Gründen erscheint mir jetzt die ausführlichere Mitteilung meiner damaligen Fälle von organisch bedingten Halsmuskelerkrämpfen verschiedener Ätiologie gerechtfertigt, um so mehr, als sich ihnen in der Zwischenzeit noch einige weitere, auch sonst bemerkenswerte Beobachtungen hinzugesellt haben.

Bevor ich auf die Beschreibung und Besprechung der einzelnen Fälle eingehe, sei es mir gestattet, in einer kurzen Übersicht die Ergebnisse der Literatur zusammenzufassen.

Früher führte bekanntlich einerseits das Fehlen aller organischen Veränderungen bei den Halsmuskelerkrämpfen, die von jeher eine etwas unbefriedigende und unsichere Stellung in der Neurologie einnahmen, andererseits ihre fast ausnahmslose Vergesellschaftung mit psychogenen Stigmata, sowie überhaupt die große Ähnlichkeit des ganzen äußeren Krankheitsbildes mit Störungen psychogener Natur zur einheitlichen Auffassung der Halsmuskelerkrämpfe als einer exquisit psychogenen Affektion. Bald jedoch ließen das gar nicht seltene Fehlen der anfangs als Norm hingestellten psychogenen Stigmata wie auch die fast regelmäßige Hartnäckigkeit und dauernde therapeutische Unbeeinflussbarkeit des Leidens eine besondere Gruppe sog. „echter“ Halsmuskelerkrämpfe abtrennen, die nicht mehr in den Rahmen der psychogenen Erkrankungen paßten. Sie wurden als organisch angesehen, obwohl organische Veränderungen am Zentralnervensystem bei ihnen nicht nachgewiesen werden konnten, und ein Reizzustand der corticalen resp. subcorticalen Zentren bei ihnen nur angenommen.

In neue Bahnen gelenkt wurden diese Anschauungen mit der Aufstellung des extrapyramidalen Systems. Die große äußere Ähnlichkeit der Halsmuskelerkrämpfe mit manchen striären Symptomen (Dystonie, Dyskinesie) war es, die schon früh vermuten ließ, daß es sich bei ihnen um eine analoge, in das gleiche Gebiet gehörige Erkrankung handeln könnte.

Eindeutig Ausdruck gegeben hat diesen Anschauungen zum ersten Male *O. Foerster* im Jahre 1920<sup>1)</sup>. Er zählt die Halsmuskelerkrämpfe zur Gruppe organisch bedingter Tics und gibt der Überzeugung Ausdruck,

<sup>1)</sup> Zur Analyse und Pathophysiologie der striären Bewegungsstörungen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie. 73. Vgl. auch Berlin. klin. Wochenschr. 1920, S. 1177.

daß der Torticollis spasticus nicht nur eine häufige Teilerscheinung der generalisierten Athetose ist, sondern nach seiner Beobachtung eine anfangs generalisierte, schwere Athetose nach Encephalitis epidemica sich zurückbilden und nur ein schwerer Torticollis spasticus als einziges dauerndes Residuum übrig bleiben kann; in einem andern von ihm mitgeteilten Falle begann umgekehrt die Erkrankung unter dem Bilde des Torticollis und ging dann rasch in eine allgemeine Athetose über.

Bald nach *Foerster* wies *Cassirer*<sup>1)</sup> auf das gleichzeitige Vorkommen von Halsmuskelkrämpfen bei der Torsionsdystonie hin. Er beschrieb 2 Fälle von echten Halsmuskelkrämpfen, von denen der eine den Beginn, der andere den Ausgang einer Torsionsdystonie bildete. In dem letzteren zur Sektion gekommenen Fall ließen pathologisch-anatomische Veränderungen im Striatum die wahrscheinliche Zusammengehörigkeit der Halsmuskelkrämpfe mit einer striären Erkrankung und damit ihre organische Natur sowie die Unhaltbarkeit der Auffassung der Halsmuskelkrämpfe als psychogene Affektion erkennen. — In der Deutschen medizinischen Wochenschrift 1922 Seite 1607 beschreibt *W. Schmitt* einen Fall von progressivem Halsmuskelkrampf, bei dem Analogien mit dem dystonischen Syndrom bestanden, ohne daß diese jedoch einer der hierher gehörigen Krankheitsgruppen eingeordnet werden konnten.

Einflechten möchte ich, daß ich von diesen Beziehungen der Halsmuskelkrämpfe, besonders zum dystonischen Syndrom ausgehend, damals alle mir zugänglichen Fälle von Torsionsdystonie auf Vorkommen von Halsmuskelkrämpfen durchgesehen hatte und dabei feststellen konnte, daß in etwa 40 % der Fälle Halsmuskelkrämpfe im Verlaufe des Leidens aufgetreten waren. Meistens leiteten sie das Krankheitsbild ein und wurden dabei meist für psychogen angesehen, z. T. stellten sie sich erst bei weiter fortgeschrittenem Leiden ein.

Im Jahre 1923 weist *Wartenberg*<sup>2)</sup> darauf hin, daß an einer ganzen Reihe von Fällen mit Parkinsonismus nach Encephalitis epidemica der Rigor zuerst und am stärksten die Halsmuskulatur befallen hatte, und daß somit die Steifhaltung des Kopfes das hervorstechendste Symptom der Krankheit und für den Patienten am lästigsten war. Nach ihm ist der Halsmuskelkrampf eine Erscheinungsform der Dystonie. — Den Grund für das bevorzugte Befallensein der Halsmuskulatur bei den extrapyramidalen Motilitätsstörungen sieht er u. a. in den schwereren myostatischen Aufgaben, die diese zu bewältigen habe, sowie in einer durch die größere Inanspruchnahme bedingten leichteren Verletzbarkeit. Er betont ferner die häufige Verbindung von Torticollis mit Sko-

<sup>1)</sup> Klin. Wochenschr. Jg. 1, S. 53. 1922.

<sup>2)</sup> Zur Klinik und Pathophysiologie der extrapyramidalen Bewegungsstörungen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie. 83. Dort auch ausführliche Literaturangaben.

liose und beschreibt einige auch für den Torticollis spasticus zutreffende Bewegungsphänomene (Gegendruckphänomen, Widerstandsphänomen, Phänomen des peripheren Reizes).

Auch *Maliwa*<sup>1)</sup> faßt den Halsmuskelkrampf als Teilerscheinung einer der Generalisierung fähigen, cerebral bedingten Tonusstörung der Halsmuskulatur, als Teilerscheinung einer striären Dystonie auf.

*Higier*<sup>2)</sup> bringt die Halsmuskelkrämpfe in ätiologische Beziehung zur Encephalitis. Nach ihm sind auf dem umfangreichen Gebiet der allgemeinen und lokalisierten Muskelkrämpfe in der Literatur vielfach Encephalitisfolgen repräsentiert und im Bereiche der Halsmuskel- oder Accessoriuskrämpfe, der Torsionsspasmen und der progressiven Dystonien nicht wenig encephalitische Reste zu finden.

Zuletzt hat *A. Jakob* in seinem kürzlich erschienenen Buch „Die extrapyramidalen Erkrankungen“ (Julius Springer, Berlin) zu diesen Fragen Stellung genommen. Er rechnet den Torticollis spasticus in das Gebiet der athetotischen dystonischen Erkrankungen und schließt sich damit im wesentlichen den Anschauungen *Foerst*ers, *Wartenberg*s und *Cassirer*s an.

Es mögen nunmehr die eigenen Beobachtungen folgen.

*1. Fall* (s. Abb. 1).

Frl. Sok. 23jährige Jüdin, kommt im Juni 1922 zur Aufnahme in die Klinik.

Dieser Fall ist auch insofern interessant, als er bereits im Jahre 1913 von *E. Flatau* und *Br. Frenkel* im Neurologischen Zentralblatt (Bd. 32, „Über das Zittern beider Hände mit deren Abduction, nebst einer einseitigen spastischen Skoliose“) publiziert und auch in der späteren Literatur zitiert worden ist (*Wartenberg*: Zeitschr. f. d. ges. Neurologie und Psychiatrie Bd. 83, S. 318). Der jetzige Befund stellt also einen katamnestischen Beitrag dar, der über den weiteren Verlauf des Leidens Aufschluß gibt und zur näheren Klassifizierung des Krankheitsbildes verwertet werden kann.



Abb. 1. (*Fall 1.* Frl. Sok.)  
Nach kinemat. Aufn. vergr.

Die Vorgeschichte ist nach der Veröffentlichung *Flatau*s rekapituliert kurz folgende:

Gewisse epileptische Belastung in der Aszendenz (Mutter Migräne, Onkel väterlicherseits Epilepsie); Schwester leidet an Absenzen.

Pat. bis zum Ausbruch der jetzigen Krankheit gesund. Diese begann im 11. Lebensjahr damit, daß die Körperhaltung etwas schief wurde, eine Hand eine abnorme Haltung annahm. Einen Monat später Zittern in der rechten, bald darauf in der linken Hand, das in den nächsten Monaten zunahm.

<sup>1)</sup> Med. Klinik. Jg. 18.

<sup>2)</sup> Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 48.

3 Jahre nach Beginn dieser Erscheinungen, die in den nächsten 4 Jahren unverändert bestehen blieben, Aufnahme im jüdischen Krankenhaus in Warschau (damals 15 Jahre alt).

*Dortiger Befund:* Linksseitige, graduellen Schwankungen unterworfenen Skoliose im dorsolumbalen Abschnitt, Hyperextension im rechten Ellenbogen und im linken Knie, ulnare Abduction beider Hände, Zittern der letzteren nebst geringen krampfartigen Bewegungen in den Händen und ebenfalls schwach ausgeprägtem myoklonischen Vibrieren in den Extensoren der Vorderarme. Physische und geistige Weiterentwicklung ungestört; keine psychogenen Stigmata. Jegliche Behandlungsversuche blieben ohne sichtbaren Einfluß auf die Krankheitserscheinungen.

Nach Entlassung aus der Warschauer Klinik blieb nach den jetzigen Aussagen der Patientin ihr Zustand zunächst ziemlich unverändert, nur nahm das Zittern in den Händen etwas zu. Etwa nach einem Jahr begab sie sich in eine Odessaer Klinik, weil sie einen dicken Hals bekam (Anfang 1914). Unter Massage und Bäder wurde der Hals wieder dünner.

*Ende 1918 merkte sie, ohne daß ein psychisches Trauma vorausgegangen war, daß der Kopf sich ruckweise nach der rechten Seite drehte und neigte.* Zugleich fiel ihr das Sprechen etwas schwer.

Nach Bäderbehandlung schienen die Störungen sich anfangs zu bessern, nahmen dann aber bis in die letzte Zeit langsam an Intensität zu. Sie suchte deshalb, vornehmlich wegen der Zuckungen und Drehbewegungen mit dem Kopf, sowie wegen der durch die stete motorische Unruhe bedingten Beschwerden jetzt die hiesige Klinik auf. Hier klagte sie noch über Kopfschmerzen. Im übrigen war das Allgemeinbefinden nicht beeinträchtigt; keine Schluckstörungen; Schlaf, Appetit, Verdauung geregelt.

Objektiver Befund bei der Aufnahme im Juni 1922:

Guter Kräfte- und Allgemeinzustand.

Im Vordergrund der Haltungs- und Bewegungsanomalien steht ein ausgeprägter *Torticollis spasticus*. Ausgeprägte tonisch-klonische Zuckungen der rechtsseitigen Halsmuskulatur, die sich ziemlich rhythmisch wiederholen, und durch die der Kopf stark nach rechts geneigt und etwas nach rechts hinten gedreht wird. Der Mund ist etwas nach rechts gezogen, die rechte Nasolabialfalte tiefer ausgeprägt als die linke, die rechte Schulter ist stark hochgezogen. Die Krämpfe in der rechten Halsmuskulatur wiederholen sich etwa alle 2—3 Sek., lassen in Ruhe und in liegender Stellung erheblich nach, sistieren im Schlaf. In den freien Intervallen ist der Kopf aktiv ziemlich frei beweglich; bei passiven Bewegungen ist ein tonischer Widerstand geringen Grades zu überwinden, namentlich bei Bewegungen des Kopfes nach rechts. Eine Hypertrophie der Halsmuskeln, von denen besonders die tieferen betroffen zu sein scheinen, ist nicht erkennbar.

Die 1913 beschriebenen Anomalien der Haltung sowie der Tremor der Hände sind jetzt noch viel ausgeprägter und bieten in mancher Hinsicht ein wesentlich anderes Gepräge als damals. Die Skoliose der unteren Brustwirbelsäule hat gegen früher erheblich zugenommen, ist jedoch weitgehendst ausgleichbar geblieben. Die obere Brustwirbelsäule weist eine hochgradige nach rechts konvexe skoliothische und eine geringere lordotische Verkrümmung auf, ist in der Längsachse nach links torquiert und in der Hüftgegend nach links flektiert. Auch diese Torsion der Wirbelsäule schwindet fast ganz in Bauchlage. Das linke Bein ist außer einer leichten Hyperextension etwas nach außen rotiert. Sodann besteht eine dauernde athetotisch-choreiforme Unruhe beider Arme, besonders des linken, von grobschlägigem Zittern bis zu groben, ausfahrenden Wackelbewegungen. Häufig, namentlich bei intendierten Bewegungen, torquierende Mitbewegungen der Arme

um ihre Längsachse um fast 180°, besonders der Oberarme, während die Unterarme mehr Flexions- und Extensionsbewegungen vollführen. Große Amplitude aller dieser Bewegungen, die keine strengere Rhythmizität erkennen lassen. Zunahme bei psychischer Erregung und beim Versuch, sie zu unterdrücken, wozu sich Patientin erfolgreich einiger Hilfsmittel bedient: Preßt die Hände fest an die Hüften, hält die eine Hand mit der anderen fest. Bei allen Innervationsantrieben zu koordinierten Bewegungen Steigerung des unwillkürlichen Bewegungsspieles; namentlich beim Gehen treten diese stärker hervor. Feinere Fingerbewegungen können nicht ausgeführt werden. Keine eigentliche Ataxie. Tonus der Muskulatur bei den torquierenden und sonstigen krampfhaften Bewegungen erhöht, außerhalb des spastischen Bewegungsspieles eher herabgesetzt. Die grobe Kraft entspricht im wesentlichen der mittel entwickelten Muskulatur, ist vielleicht etwas herabgesetzt. Keine Atrophien. Elektrische Erregbarkeit regelrecht. Zeitweise leichtes Muskelwogen in der Unterarmmuskulatur, besonders in den Streckseiten.

Sprache sichtlich erschwert, leicht dysarthrisch. Im Bereiche der Hirnnerven sonst keine Störungen. Augenhintergrund normal. Reflexe regelrecht. Keine Sensibilitätsstörungen. Keine neuritischen oder meningitischen Symptome.

Vom Körperbefund ist noch zu bemerken, daß sich an den inneren Organen keine krankhaften Veränderungen finden; insbesondere ergibt die Funktionsprüfung der Leber normalen Befund. Röntgendurchleuchtung nach Vornahme des Pneumoperitoneums läßt gleichfalls keine krankhafte Veränderung an der Leber erkennen. Ein Cornealring besteht nicht, jedoch finden sich im Gesicht (besonders Wangen-, Stirn- und Mundgegend), angedeutet auch an den unteren Extremitäten, ziemlich symmetrisch angeordnete hellbraune Pigmentierungen, die sich nach Angabe der Patientin erst im Laufe des letzten Jahres entwickelt haben sollen (keine Arsenmelanose!). Das Blutbild bietet keine Besonderheiten; der Blutdruck ist normal. Die Lumbalpunktion ergibt wasserklaren Liquor, der unter normalem Druck steht; keine Zell- oder Eiweißvermehrung. Wassermannsche Reaktion im Blut und Liquor negativ.

Im psychischen Verhalten der Patientin ist nur eine ziemlich hochgradige emotionelle Schwäche und labile Stimmungslage auffallend. Im übrigen erscheint sie psychisch, namentlich auch in intellektueller Hinsicht, völlig intakt. Sie zeigt ausgeprägten Gesundungswillen, leidet sehr unter ihrem Krankheitszustand. Psychogene Stigmata besonderer Art sind auch jetzt nicht nachweisbar.

Der Zustand der Patientin änderte sich im Laufe ihres dreimonatigen Klinikaufenthaltes in keiner Weise; alle therapeutischen Versuche blieben leider erfolglos. Bei Darreichung von Luminal zeigte sich eine ausgesprochene Luminalüberempfindlichkeit (Exanthem).

Wie nun die Patientin jetzt (Juni 1924) auf unsere Anfrage mitteilte, ist ihr Zustand noch immer der gleiche.

2. Fall. Rosa Z., jüdisches Mädchen aus Litauen, 20 Jahre alt.

Älteste von 6 Geschwistern. Über Heredität nichts bekannt. Will selbst früher nie ernstlich krank gewesen sein.

Schon als Kind und auch später leicht schreckhaft, empfindsam, oft verstimmt; dabei nicht besonders erregbar. Nahm das Leben immer etwas schwer, war nie so lustig wie andere. Sehr leicht gelernt, besuchte Gymnasium.

Sucht im Januar 1923 wegen Krämpfen in der Halsmuskulatur die Klinik auf. Macht über die Entwicklung ihres Leidens folgende Angaben:

Vor etwa 9 Monaten (etwa April 1922) einige Wochen hindurch Schmerzen in rechter Halsseite, die mitunter in den Rücken ausstrahlten, anfallsweise auftraten, allmählich an Stärke und Häufigkeit etwas zunahmen. Dann Spannungsgefühl in der ganzen rechten Halsseite; der Kopf zog sich allmählich nach rechts, neigte

sich auf die rechte Schulter, konnte aktiv nicht zurückbewegt werden. Die rechte Halsseite wurde darauf dick und hart gespannt.

Um diese Zeit, also einige Wochen nach Einsetzen der subjektiven Beschwerden, trat eine Schwere und Steifigkeit im rechten Arm auf, den sie nicht mehr recht hochheben konnte. Die Schwäche im rechten Arm machte sich zuerst und besonders stark bei ihren Versuchen bemerkbar, den Kopf mit der rechten Hand aus der nach rechts rotierten und flektierten Stellung zurückzudrehen und zu fixieren.

Dieser Zustand blieb etwa 3 Monate hindurch trotz ärztlicher Behandlung (Galvanisation) ziemlich unverändert bestehen. Dann ließ die Steifigkeit nach und es stellte sich ruckartiges *Zucken mit dem Kopf* ein, durch das der Kopf aus der vorherigen Rechtseinstellung nach links hinübergezogen wurde, wobei sich die Muskulatur des ganzen Halses scharf anspannte. Die Zuckungen mit dem Kopf hatten anfangs nur geringen Ausschlag, nahmen trotz Weiterbehandlung mit galvanischen Strömen zu. Mitunter wurde der Kopf durch die Zuckungen auch krampfhaft nach hinten gezogen.

Im Sommer 1922 ließen diese Erscheinungen trotz Aussetzens der ärztlichen Behandlung etwas nach, nahmen im Herbst 1922 wieder zu. Seitdem war der Zustand sehr wechselnd, besserte sich bald von selbst, verschlimmerte sich dann bald wieder ohne ersichtliche Ursache.

Im letzten Monat trat eine erhebliche Verschlechterung ein, die Patientin in die Klinik führte. Die krampfhaften Zuckungen im Hals steigerten sich an Frequenz und Intensität erheblich, der Kopf wurde bald nach vorn, bald nach hinten und auch nach beiden Seiten gezogen. Die Krampferscheinungen zeigten sich in manchem abhängig von äußeren Einflüssen und psychischen Erregungen. Bei Ablenkung, namentlich bei Betätigung, nahmen sie ab, ebenso beim Liegen, hörten im Schläfe ganz auf, nahmen aber auch oft ohne jede äußere Veranlassung zu. Unterdrücken konnte die Patientin die Zuckungen schon im ersten Beginn des Leidens trotz großer Bemühungen nicht; auch gelang es ihr nicht, die Kopfhaltung in der ersten tonischen Phase vor dem Spiegel zu korrigieren. Das Spannungsgefühl im rechten Arm war das gleiche geblieben. Patientin konnte in letzter Zeit nicht mehr schreiben, weil die Hand dabei durch das Spannungsgefühl abwich und von ihr nicht mehr gut regiert werden konnte.

Im übrigen bestanden keine Beschwerden.

Aufnahmebefund im Januar 1923:

Mittelkräftiges Mädchen. Der Allgemeinzustand bietet keine Besonderheiten. Keine besonders zahlreichen oder ausgeprägten Stigmata degenerationis. Endokriner Apparat bietet somatoskopisch außer geringer Schilddrüsenvergrößerung keine Abweichungen von der Norm.

Im Gebiet der Halsmuskulatur grobe tonisch-klonische Krämpfe mit besonderer Beteiligung der tiefen Halsmuskeln. Der Kopf wird dadurch ruckweise nach hinten geschleudert, wobei die Mm. sternocleidomastoidei stark nach vorne vorspringen. Daneben leichte Seitwärtszuckungen. Die rechte Halsseite ist stärker betroffen. Die Zuckungen bestehen fortdauernd, sind regellos, arhythmisch, nehmen bei leichter psychischer Erregung, so schon bei der Untersuchung zu, bei der sich auch eine leichte allgemeine motorische Unruhe angedeutet choreiformen Charakters geltend macht. Bei intendierten Bewegungen lebhaft Mitbewegungen verschiedenster Art und erhebliche Steigerung der Halsmuskelkrämpfe, die in Ruhelage wieder wesentlich nachlassen. In den krampffreien Intervallen steht der Kopf etwas nach rechts gedreht und geneigt. Pat. ist bestrebt, durch Stützen und Fixieren des Kopfes die krampfhaften Zuckungen abzuschwächen und zu unterdrücken. Sie hält die rechte Hand meist an die linke Kinnseite gelehnt,

übt dabei einen leichten Druck aus, wobei die Zuckungen des Kopfes deutlich geringer werden. Dem Rückwärtskrampfen des Kopfes sucht Pat. dadurch zu begegnen, daß sie den Kopf mit der rechten Hand von hinten umfaßt und nach vorne drückt.

Die aktive Beweglichkeit des Kopfes ist nach vorn und der rechten Seite eingeschränkt, im übrigen ziemlich frei. Vorwärtsbeugen des Kopfes gelingt nur mit großer Anstrengung. Bei geringsten Bewegungen des Kopfes nach rechts wird dieser sofort nach hinten gezogen. Alle aktiven Bewegungen des Kopfes sind durch die ständigen tonisch-klonischen Zuckungen sehr erschwert oder werden durch diese unterbrochen. Der Prüfung der passiven Beweglichkeit besonders nach rechts setzen sich starke tonische Spannungen entgegen, die kaum zu überwinden sind, im krampffreien Intervall in vermindertem Grade weiter bestehen. Beide Mm. sternocleidomastoidei scheinen leicht hypertrophiert. Die elektrische Untersuchung ergibt normale Verhältnisse.

Es besteht ferner eine Haltungsanomalie der Wirbelsäule in Form einer Kyphose der unteren Hals- und Brustwirbelsäule, einer nach rechts konvexen Skoliose mäßigen Grades, die ebenso wie die Kyphose weitgehend korrigierbar ist und in Bauchlage fast völlig schwindet, sowie endlich ein Hochstand beider Schultern. Tonische Krampfstände in der Rücken- oder Schultermuskulatur sind nicht wahrnehmbar. Pat. gibt auf Befragen an, daß diese Haltung erst seit Auftreten der Halsmuskelkrämpfe bestehe. Sie bringt sie damit in Zusammenhang, daß sie, um die Spannungen der Halsmuskulatur und das dadurch hervorgerufene quälende Spannungsgefühl zu verringern, sich angewöhnt habe, die Schultern nach oben und vorne zu ziehen. Ferner habe sie eine Erleichterung gespürt, wenn sie den Oberkörper ganz nach links drehte. Sie gehe auch jetzt noch schief und schleife die Beine nach, weil ihr dadurch die Spannungen am Halse erträglicher seien.

An den inneren Organen finden sich keine krampfhaften Veränderungen. Wassermannsche Reaktion im Blut und Liquor negativ, in letzterem keine Zell- oder Eiweißvermehrung. Leberveränderungen klinisch nicht nachweisbar. Blutfarbstoffgehalt und Blutbild regelrecht.

An den Hirnnerven und Reflexen keine Störungen. Keine Pyramidensymptome. Sensibilität intakt. Keine Koordinationsstörungen der Extremitäten. Nirgends Atrophien.

Psychisch besteht ein gewisser Infantilismus. Intelligenz durchaus dem Bildungsgrad entsprechend.

Näher über psychisches Trauma gefragt, gibt sie an, vor ihrer Erkrankung viele Aufregungen in der Familie gehabt zu haben. Ihr Vater sei schwer krank gewesen, ein Bruder um jene Zeit gestorben. Sie selbst habe in der Zeit vor ihrer Erkrankung besonders viel arbeiten, sich zum Examen vorbereiten müssen, das einige Monate später stattfinden sollte. Ferner habe sie viel Kummer über das Auseinandergehen eines Verhältnisses mit einem gleichaltrigen Gymnasiasten gehabt, sei vielleicht auch nur durch Familienverdruß krank geworden. Jetzt fühle sie sich ganz ruhig, mache sich keine besonderen Gedanken mehr über diese Ereignisse. Sie könne sich überhaupt immer beherrschen, schlafe stets ruhig, träume nicht. Es quäle sie nur der Gedanke, daß sie krank sei und nicht arbeiten könne. In ihrem äußern Verhalten zeigt sich Pat. in keiner Weise besonders reaktiv, bringt ihre Klagen sachlich und ruhig vor, läßt keine größeren psychogenen Stigmen erkennen.

#### Weiterer Verlauf:

Im Laufe der klinischen Beobachtung tritt immer mehr ein gewisser *rhythmischer* Charakter der krampfhaften Zuckungen in der Halsmuskulatur auf, der nur durch den häufigen Wechsel im Tempo überdeckt ist. Sodann treten in den



folgenden Monaten eine Reihe vorher noch nicht erkennbar gewesener Symptome extrapyramidalen Charakters hervor:

Februar: Konstanter, unbeeinflussbarer, feinschlägiger *rhythmischer Tremor* in beiden Händen, rechts ausgeprägter als links. Unabhängig von diesem Zittern leichtes Zucken im ganzen rechten Arm.

März: Das Spannungsgefühl im rechten Arm nimmt erheblich zu. Der rechte Arm stellt sich in nach außen *torquierter* Haltung ein.

Mai: Neben dem durch die krankhaften Kontraktionen der Halsmuskulatur bedingten groben Schleuderbewegungen des Kopfes stellt sich ein *feinschlägiger, rhythmischer Kopftremor* ein.

Juni: Leichtes *athetisch-choreiformes Bewegungsspiel im rechten Arm*, blitzartige isolierte *myoklonusartige* Zuckungen einzelner Muskeln der rechten Hand, *athetisches Bewegungsspiel in den Fingern der rechten Hand*. Im rechten Arm häufiger Wechsel des Tonus, zeitweise leichte *torquierende* Bewegungen. Sprechen fällt schwerer; deutlich *erschwerter Artikulation*.

Untere Extremitäten stets frei geblieben; niemals Pyramidensymptome.

Jegliche therapeutischen Versuche blieben auch in diesem Falle erfolglos. Hyoscin brachte in den beiden ersten Monaten vorübergehend geringe Besserung. Der Torticollis blieb ziemlich unverändert bestehen. Psychisch bildete sich eine wohl sicher als Reaktion auf das Leiden zu deutende leichte depressive Verstimmung aus. Ein besonders reaktives Verhalten bot die Pat. niemals. Sie zeigte ausgesprochenen Gesundungswillen, wünschte selbst Starkstrombehandlung, weil sie gesehen hätte, wie den anderen Patientinnen das geholfen habe.

Auch jetzt noch (Juli 1924) ist der Zustand der Patientin, wie sie uns auf unsere Erkundigungen mitteilte, ziemlich der gleiche.

### 3. Fall (s. Abb. 2 u. 3).

Marie W., 23 Jahre alt, Dienstmädchen, Ostpreußen. Angeblich keine Heredität, 3 gesunde Geschwister.

Als Kind Typhus; später körperlich nie ernstlich krank bis auf eine Grippe im Januar 1921, die in ihrem Verlauf keine Besonderheiten zeigte (3 Wochen bettlägerig, Menses blieben damals  $\frac{1}{2}$  Jahr aus).

Beginn der jetzigen Erkrankung um Ostern 1922 damit, daß der Kopf sich manchmal nach der linken Seite drehte. Anfangs nur bei Aufregung und Ärger, später ohne äußeren Anlaß und häufiger. Nach einigen Wochen Zuckungen im Gesicht und im rechten Arm, die allmählich stärker wurden, sehr beim Sprechen und Essen hinderten. Wurde um diese Zeit im Krankenhaus 4 Wochen lang mit starken elektrischen Strömen behandelt; keine nennenswerte Besserung. Ließ sich dann etwa  $\frac{1}{2}$  Jahr lang privatärztlich behandeln. Alle Behandlungsversuche blieben erfolglos. Die Zuckungen im Kopf und rechten Arm nahmen noch zu, besonders zur Zeit der Menses. Konnte zuletzt mit rechter Hand nichts mehr machen, gebrauchte die linke Hand zum Arbeiten. Suchte wegen zunehmender Verschlimmerung des Zustandes Anfang November 1922 die hiesige Klinik auf.



Abb. 2. (Fall 3. Marie W.)

*Aufnahmebefund:* Mittelkräftiges Mädchen von gesunder Gesichtsfarbe. Keine besonders ausgeprägten oder zahlreichen degenerativen Stigmata. Innere Organe ohne Besonderheiten. Wassermannsche Reaktion negativ.

Im Bereich der vorderen Halsmuskeln, besonders der linken Seite *tonisch-klonische Zuckungen*. Der Kopf wird dabei nach links geneigt und etwas nach rechts gedreht, die linke Schulter nach oben gezogen. Regellose, arhythmische

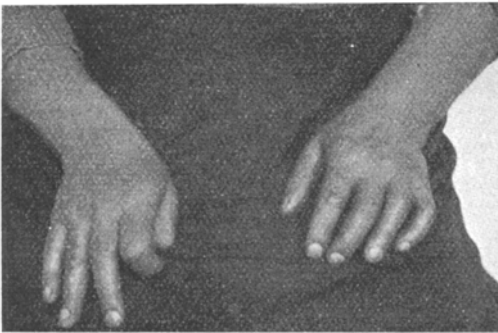


Abb. 3. (Fall 3. Marie W.)

Schüttel- und Drehbewegungen mit dem Kopf, die beim Sprechen und anderen intendierten komplexen Bewegungen sowie bei psychischer Erregung und beim Versuch, sie zu unterdrücken zunehmen, bei Ablenkung nachlassen, im Schlaf sistieren. Zeitweise fasciculäre Zuckungen im Gebiete des Platysma. Die Halsmuskulatur, namentlich der rechte *M. sternocleidomastoideus* ist während der Kontraktionen bretthart gespannt. Im krampffreien Intervall aktive und passive Beweglichkeit ziemlich frei, nur aktive Linksdrehung des Kopfes etwas erschwert. Pat. sucht die krampfhaften Schüttel- und Nickbewegungen des Kopfes dadurch zu unterdrücken, daß sie die linke Hand etwas an das Kinn anlegt, ohne einen besonderen Druck auszuüben.

Außer diesen, das typische Bild des *Torticollis spasticus* bietenden Halsmuskelkrämpfen finden sich bei der Pat. noch folgende Bewegungs- und Haltungsstörungen:

Lebhaftes athetotisch-choreatisches Bewegungsspiel der mimischen Gesichtsmuskulatur von teilweise ticartigem Charakter, das zu schnauzkrampfähnlicher Verziehung des Mundes, Lutsch- und Schnalzbewegungen führt. Zahlreiche Mitbewegungen im Gesicht beim Sprechen. Schlucken und Sprechen erschwert, jedoch keine eigentliche Störung des Schluckaktes. Daneben weniger komplexe Bewegungsstörungen, Zuckungen in einzelnen Muskelgruppen von mehr myoklonusartigem Charakter.

In den Fingern der rechten Hand typisch athetotische Hyperextensions- und Spreizbewegungen. Zahlreiche choreiforme Mitbewegungen in der ganzen rechten oberen Extremität. Athetotische Unruhe in den Zehen beider Füße. Myoklonusartige Zuckungen einzelner Muskelpartien beider Oberschenkel.

Der Tonus in den Extremitäten wechselt, ist während der Bewegungsstörungen etwas gesteigert, sonst eher herabgesetzt. Keine Herabsetzung der groben Kraft. Aktive und passive Beweglichkeit frei. Keine Koordinationsstörungen, abgesehen von einer Erschwerung der feinen Fingerbewegungen rechts. Kein Zittern. Gang etwas wackelnd, dabei Steigerung des athetotisch-choreatischen Bewegungsspiels. Reflexe außer Herabsetzung des rechten Achillessehnenphänomens regelrecht. Keine Pyramidenbahnsymptome. Keine Hirnnervenstörungen. Sensibilität intakt. Elektrische Erregbarkeit regelrecht. Röntgenologische Untersuchung und Funktionsprüfung ergeben an der Leber keine pathologischen Befunde.

Psychisch erweist sich die Pat. ausgesprochen debil und infantil. Dazu besteht eine ausgeprägte Schwäche auf emotionellem Gebiet, die sich zu mitunter zwangsartigen Eindruck machendem Weinen steigert. Im Wesen sehr viel Reaktives. Sehr empfindlich, leicht gekränkt. Gibt auf näheres Befragen nach etwa vorausgegangenem psychischem Trauma an, zu Hause infolge schlechter Familienverhältnisse viel Aufregung gehabt zu haben. Stehe sich nicht gut mit den Eltern, werde von ihrer Stiefmutter schlecht behandelt. Habe sich auch sehr aufgeregt, weil sie im Juli 1921 von ihrem Bräutigam verlassen worden sei.

Trotz aller therapeutischen Versuche und trotz ausgeprägtesten Gesundungswillens der Pat. besserte sich deren Zustand in den nächsten Monaten in keiner Weise. Sie wurde im März 1923 unverändert entlassen.

Bei einer Nachuntersuchung im Mai 1924 macht Pat. folgende Angaben: Bald nach der Entlassung aus hiesiger Klinik sei sie nach kurzem Aufenthalt zu Hause wieder in Stellung gegangen. Habe jetzt eine Stelle als Hilfe in der Wirtschaft inne. Ihr Zustand sei immer noch ziemlich der gleiche geblieben. Infolge der Zuckungen im Gesicht, die sich dabei immer verstärkten, könne sie sehr schlecht schlucken, so daß sie sich geschämt habe, am Tisch mitzuessen. Auch das Kauen falle ihr schwerer. In letzter Zeit komme sie besonders leicht, auch gegen ihren Willen, ins Weinen. Oft habe sie Schmerzen in der linken Hals- und Nackengegend.

Der Befund war folgender: Die Halsmuskelkrämpfe haben mehr tonischen Charakter angenommen. Der Kopf befindet sich in etwas nach hinten und links gebeugter, nach rechts gedrehter Haltung, die Pat. dadurch zu korrigieren sucht, daß sie das Kinn krampfhaft nach hinten gegen den Hals drückt; sie gibt an, daß ihr sonst der Kopf wegrutsche. Nur hin und wieder leichtere klonische Zuckungen, die den Kopf nach rechts drehen und links beugen. Beide Mm. sterno cleidomastoidei ziemlich hart gespannt. Bei Druck auf diese oder die benachbarten Muskeln lassen die Spannungen und Zuckungen nach. Mitunter isoliertes Zucken des rechten M. sterno cleido mastoideus.

Im Gesicht bestehen noch die gleiche ticartige Unruhe, schnauzkrampfähnliche Verziehungen des Mundes, Nasenrumpfen, Bewegungen, als ob sie sich auf die Lippen beißen will; viele Verlegenheits- und Mitbewegungen. Hin und wieder krampfartiges Knirschen mit den Zähnen (Kaumuskelkrampf). Der rechte Arm wird in etwas nach außen torquierter Stellung gehalten; die linke Schulter steht höher als die rechte, leichte nach links konvexe skoliotische Verkrümmung der Brustwirbelsäule, die ausgleichbar ist. Steifigkeitsgefühl im ganzen rechten Arm. Grobe Kraft in diesem gegen links herabgesetzt. Feine Fingerbewegungen rechts nicht möglich. Die drei letzten Finger der rechten Hand stehen in Spreiz- und Streckstellung, befinden sich in ständigen athetotischen Hyperextensionsbewegungen. Daneben isoliertes blitzartiges Zucken im 4. und 5. Finger. Ziemlich rhythmischer Tremor der Finger beider Hände. Sprache etwas verwaschen, erschwert und schlecht artikuliert. Der linke Achillesreflex fehlt, im übrigen Reflexe und Hirnnerven ohne Besonderheiten. Bei Prüfung der elektrischen Erregbarkeit überall normale Verhältnisse.

## 4. Fall.

Berta H., 46jährige Frau. Kommt April 1922 zur Aufnahme. Angaben des begleitenden Bruders: 4. von 13 Geschwistern; drei Schwestern klein gestorben; ein Bruder mit 12 Jahren an epileptischen Krämpfen gestorben.

Pat. selbst soll früher stets gesund gewesen sein.

Im Februar 1921 „*Schlafkrankheit*“. Schief drei Wochen, mußte zum Essen geweckt werden. Dann allmählich wieder attenter. Nach 8–14 Tagen stellten sich allmählich Zuckungen und Schüttelbewegungen mit dem Kopf ein, die im Schlaf sistieren. In den nächsten Monaten wurde Pat. zunehmend stumpf und interesselos, sprach spontan fast garnicht, gab erst auf eindringlicheres, wiederholtes Befragen, dann aber ganz gut Auskunft.

Angaben der Patientin: Habe im März 1921 3 Wochen hindurch geschlafen; wisse von dieser Zeit fast gar nichts mehr. Nachdem der Schlafzustand vorüber war, habe sie noch einige Wochen zu Bett gelegen, sich immer unbehaglich gefühlt, es in keiner Lage aushalten können. Stand dann auf, konnte aber nicht arbeiten, weil sie sich immer matt fühlte. Anfang Mai 1921 traten allmählich die Zuckungen mit dem Kopf auf. Habe sie anfangs selber nicht bemerkt, sei von ihrer Umgebung darauf aufmerksam gemacht worden; empfand sie später, als sie zunahmen, selbst als äußerst quälend und lästig. Ärztliche Behandlung mit Elektrizität sei ohne jeden Erfolg geblieben. Die Zuckungen mit dem Kopf hätten allmählich immer zugenommen. Habe sich nur mit größter Mühe etwas in der Wirtschaft betätigen können; fühle, daß sie im ganzen sehr langsam geworden sei; das liege nur an ihrem Kopf. Schlafe nachts gut, sei am Tage aber schläfriger als früher.

*Befund*: Ständige leichte Unruhe des Kopfes, der von Zeit zu Zeit durch krampfhaftes Anspannen der Halsmuskulatur, namentlich der Mm. sternocleidomastoidei ruckweise nach allen Seiten gezogen wird. Hin und wieder, etwa alle  $\frac{1}{2}$  Min. mehrmals hintereinander starke Schüttelbewegungen mit dem Kopf. Daneben leichtes ticartiges Zucken der mimischen Gesichtsmuskulatur. Steigerung der Halsmuskulärämpfe bei psychischer Erregung und Versuchen, sie zu unterdrücken. Sistieren im Schlaf. Im krampffreien Intervall aktive und passive Beweglichkeit unbehindert. Keine Veränderungen der elektrischen Erregbarkeit. Extremitäten frei. Kein sicherer Rigor. Hirnnerven und Reflexe regelrecht.

Abgesehen von den geschilderten Bewegungsstörungen gewisse Bewegungsarmut, mimische Starre, Mangel an Spontaneität, deutliche psychomotorische Verlangsamung.

*Verlauf*: Pat. drängt nach 3 Wochen, während welcher sich ihr Zustand nicht geändert hat, auf Entlassung. Auch nach Hyoscin war keine Besserung ersichtlich gewesen. Eine jetzige Anfrage nach dem Zustand der Pat. ist leider unbeantwortet geblieben.

Der weitere Verlauf der Erkrankung sowie der jetzige Befund bestätigen bei dem ersten Fall die Auffassung Wartenbergs, der ihn als zum Crampus-Syndrom Foersters diagnostizierte, also den Torsionsdystonien zurechnete. Flatau hat diese Möglichkeit 1913 auch erwogen, jedoch hauptsächlich deshalb abgelehnt, weil das Krankheitsbild damals zwei Kardinalsymptome dieses Leidens, den progredienten Verlauf und den Spasmus mobilis in Form von tonischen Bewegungen großer Amplitude vermissen ließ. Letzterer hat sich im weiteren Verlauf des Leidens eingestellt, das sich dann auch als progredient, wenn auch nur langsam fortschreitend erwies. Auch der Tremor, der Flatau damals veran-

laßte, von dieser Diagnose abzusehen, und der jetzt ganz in den Hintergrund getreten ist gegenüber den übrigen dyskinetischen und dystonischen Erscheinungen, spricht nicht gegen diese Diagnose und könnte höchstens an eine Kombination mit Pseudosklerose denken lassen, wie derartige Fälle in letzter Zeit ja wiederholt beschrieben worden sind. Der Tremor spricht nur für die striäre Beteiligung des Prozesses, dessen klinische Auswirkungen im übrigen wohl fast ausschließlich dem Pallidumsyndrom zuzurechnen sind. Bei pallidärer Verletzung findet sich aber auch stets ein striärer Funktionsausfall (*A. Jakob*). Eine eingehendere Erörterung über die nähere Klassifikation und evtl. lokalisationische Klärung des Falles oder gar einzelner Symptome entspricht jedoch nicht dem Sinne und dem Rahmen dieser Mitteilung, würde sich wohl auch bei dem Fehlen autoptischer Befunde in etwas unfruchtbare, theorisierende Erörterungen verlieren. Diese müssen pathologisch-anatomischen Forschungen vorbehalten bleiben, während es hier nur auf Registrierung der klinischen Symptome und Klassifizierung in klinischer Hinsicht ankommt; und in diesem Zusammenhange steht im Mittelpunkt des Interesses die Beobachtung, daß sich im weiteren Verlauf einer langsam fortschreitenden organischen, und zwar extrapyramidalen Erkrankung im Sinne einer Torsionsdystonie ein typischer *Torticollis spasticus* entwickelt hat und fast zum beherrschenden, die Patientin am meisten quälenden Symptome geworden ist.

Bemerkenswert ist bei diesem Falle vielleicht auch das Auftreten von Pigmentierungen im späteren Verlaufe des Leidens. Derartige Pigmentierungen sind mir, wie ich hier kurz erwähnen möchte, in letzter Zeit wiederholt bei organischen Nervenerkrankungen und auch bei manchen Psychosen aufgefallen und lassen vielleicht an Beziehungen des chromaffinen Systems zu Störungen des Zentralnervensystems denken. Auf die Frage derartiger Korrelationen gedenke ich an anderer Stelle näher einzugehen.

In dem zweiten Falle leitet ein *Torticollis spasticus* die Erkrankung ein, welche die im weiteren Verlauf auftretenden Tonus- und Bewegungsstörungen in wohl eindeutiger Weise zu einer striopallidären und damit organischen stempeln. Am nächsten liegt auch in diesem Falle die Annahme einer Torsionsdystonie, wenn auch hier wieder ein mehr für die Pseudosklerose als charakteristisch geltender konstanter, feinschlägiger, rhythmischer Tremor nicht fehlt.

Die Halsmuskelkrämpfe wurden bei der Pat., als sie noch das einzige Symptom waren, als psychogen angesehen und behandelt. Der zeitliche Zusammenhang ihres Auftretens mit den von der Pat. geschilderten, sie affektiv besonders treffenden Erlebnissen ist ja auch durchaus geeignet, die Bewegungsstörung als reaktive, psychogen bedingte anzusehen; die angegebenen nervösen Stigmata in der Jugend, die auf

eine neuro- resp. psychopathische Veranlagung schließen lassen können, wären eine weitere Stütze hierfür. Da die Pat. jetzt aber psychisch außer einigen infantilen Zügen eigentlich kaum eine über die Norm hinausgehende Ansprechbarkeit oder Labilität aufweist, geht man wohl nicht fehl, in diesen Zusammenhängen nur ein durch die Einstellung des Beobachters überbewertetes zufälliges zeitliches Zusammentreffen und eine dem Erklärungsbedürfnis und den etwas primitiven Anschauungen der Pat. entsprechende Konstruktion zu erblicken, was durch die später sich dokumentierende organische Natur der Erkrankung ja auch bewiesen wird.

Wohl nicht viel anders zu bewerten, wenn auch interessanter sind die Angaben der Pat. über das Zustandekommen der kyphoskoliotischen und torquierten Haltung des Oberkörpers. In den entsprechenden Muskelgebieten sind tonische Spannungszustände objektiv zwar nicht nachweisbar gewesen, doch bedeutet es wohl keine überwertige Einstellung auf extrapyramidale Störungen, wenn man diese als in Entwicklung begriffene Symptome einer Torsionsdystonie anspricht und damit diesen Fall als einen weiteren Beitrag zu der von *Wartenberg* hervorgehobenen häufigen Kombination von Torsionsspasmus mit Skoliose ansieht. Es ist sehr wohl denkbar, daß das Bestreben, die quälenden Spasmen der Halsmuskulatur abzuschwächen und die durch die torquierte Kopfstellung abweichende Blickrichtung zu korrigieren, wirklich die beteiligten Muskelgebiete überlastet und dadurch widerstandloser macht. Damit wäre ein weiteres günstiges Angriffsfeld für das schon vorhandene pathogene Agens geschaffen und eine neue Erklärungsmöglichkeit für die häufige Vergesellschaftung von Halsmuskelkrämpfen und Skoliose gegeben. Da ja auch das Umgekehrte — sekundär gesteigerte Inanspruchnahme und Verletzbarkeit nicht nur durch physiologisch schon vorhandene schwerere Aufgaben der Halsmuskulatur (vgl. auch *Wartenberg*), sondern vornehmlich durch deren Steigerung bei Skoliose — möglich ist, so wäre der Grund für diese häufige Kombination von Halsmuskelkrämpfen mit Skoliose vielleicht in den statischen Verhältnissen und der funktionellen Wechselwirkung der betroffenen Gebiete zu erblicken.

Wie in Fall 2 leitet auch im dritten Falle der Torticollis das Krankheitsbild ein, dem sich in kurzer Zeit striopallidäre Symptome hinzugesellen (charakteristische Bewegungs-, Haltungs- und Tonusstörungen, pallidäre Pseudobulbärsymptome), und das im Laufe mehrjähriger Beobachtung progredienten Verlauf zeigt. Auch hier wieder fehlt es nicht an äußeren Motiven sowie einer abnormen Reaktivität und Labilität der Persönlichkeit, die mehr noch wie in Fall 2 die Deutung der Halsmuskelkrämpfe als rein hysterische Affektion rechtfertigen könnte. So tragen gerade diese beiden Fälle bei zu der Mahnung, bei der An-

nahme von rein hysterischer Genese von Halsmuskelkrämpfen in jedem Fall Vorsicht und Zurückhaltung walten zu lassen.

Halsmuskelkrämpfe als unmittelbaren Folgezustand einer Encephalitis lethargica zeigt der vierte und letzte Fall, über den ich mich kurz fassen kann. Er ist mit der Mitteilung der Krankengeschichte und der damit erfolgten Registrierung des unmittelbaren zeitlichen und damit wohl unzweifelhaften ursächlichen Zusammenhanges der Halsmuskelkrämpfe mit einer Encephalitis lethargica erschöpft und bedarf keiner weiteren Erörterung. Daß wir keine Nachricht über das weitere Ergehen der Pat. erhalten haben, ist besonders insofern bedauernd, als die Pat. damals den Eindruck eines beginnenden Parkinsonismus machte, dessen Bestätigung für die Beurteilung des Falles von größtem Interesse gewesen wäre.

Die mitgeteilten Beobachtungen lassen erkennen, daß Halsmuskelkrämpfe gar nicht selten organisch bedingt sind, und tragen, hoffe ich, mit dazu bei, die Möglichkeit einer organischen Grundlage bei ihnen mehr zu betonen und in Betracht zu ziehen. Sie bilden ferner in pathogenetischer Hinsicht eine Bestätigung der von *Foerster*, *Cassirer* und *Wartenberg* vertretenen Anschauungen, insofern sie weitere klinische Belege dafür erbringen, daß der Torticollis spasticus oft genug ein Symptom einer striopallidären Erkrankung darstellt und auch als einziges, selbständiges, organisches und wohl striopallidär zu lokalisierendes Symptom auftreten kann in ätiologischem Zusammenhang mit Prozessen, die zum striopallidären System eine besondere Affinität aufweisen (z. B. Encephalitis lethargica)<sup>1)</sup>.

Einige symptomatologische Besonderheiten der mitgeteilten Fälle hatte ich schon erwähnt, auf eine Erklärungsmöglichkeit für die häufige Vergesellschaftung von Torticollis spasticus mit Skoliose bereits hingewiesen. Hinzufügen möchte ich noch, daß in den Krankengeschichten der drei ersten Fälle eine als besonders auffällig registrierte emotionelle Schwäche bestand, die z. T. mit zwangsmäßigem Weinen verbunden war. Das ziemlich konstante Vorkommen dieses mehr als psychisch

---

<sup>1)</sup> Auch bei den kürzlich in Nordostdeutschen Verein für Psychiatrie und Neurologie von *Kastan* mitgeteilten Fällen (Sitzung im Juni 1924) ist die Möglichkeit einer postencephalitischen striären Affektion wohl naheliegend. Ich will hier auch nicht unerwähnt lassen, daß zur Zeit des gehäuftten Vorkommens postencephalitischen Störungen in hiesiger Klinik kurz hintereinander auch mehrere Fälle von *Spasmus nutans* mit Nystagmus bei Kindern zur Beobachtung kamen. Wenn diese Affektion auch von pädiatr. Seite als Beschäftigungsneurose oder eine Art bedingten Reflexes angesprochen, mit Nystagmus der Bergleute in Parallele und mit Helligkeitsverhältnissen in Zusammenhang gebracht wird (*Finkelstein*, *Raudnitz*), so schien uns damals dieses zeitliche Zusammentreffen auffällig genug, um die Möglichkeit einer postencephalitischen Genese nicht ganz ausgeschlossen erscheinen zu lassen.

imponierenden Symptomes bei den obigen extrapyramidalen Systemerkrankungen bildet vielleicht eine weitere Stütze für die neuerdings nachdrücklicher vertretene Auffassung, daß es sich dabei um ein neurologisches, organisches, und zwar striär lokalisiertes Symptom handeln könnte.

Sichere *differential-diagnostische* Anhaltspunkte zur Entscheidung, ob die Halsmuskelkrämpfe im einzelnen Fall psychogener oder organischer Natur sind, sind aus der Symptomatologie des Torticollis selbst nicht zu gewinnen. Als einziges ausschlaggebendes Differentialdiagnostikum kommen nur striopallidäre Begleitsymptome in Betracht, die die organische Natur des Leidens beweisen, als Hilfsmoment vielleicht noch der ätiologische Nachweis einer striopallidär-affinen Erkrankung (besonders Encephalitis). Psychogene Stigmen spielen eine untergeordnete Rolle, es sei denn, daß sie ganz das Bild beherrschen, in welchem Falle aber auch der Torticollis, wie sich uns bei einigen Fällen von rein psychogenen Halsmuskelkrämpfen erwiesen hat, suggestiv-therapeutischen Maßnahmen weitgehend zugänglich ist. Ist das nicht der Fall, so erscheint es gerechtfertigt, eine organische Grundlage zu vermuten.

Die Tatsache der organischen Genese eines nicht geringen Teiles von Halsmuskelkrämpfen ist endlich auch insofern von theoretischem Interesse, als damit — zugleich mit der Erkenntnis anderer extrapyramidalen Dyskinesien als organische Affektionen — der Beweis einer organischen Grundlage einer Erkrankung erbracht wird, die zumeist den „Tic“-Erkrankungen zugerechnet wird, also früher als exquisit psychogen galt. Das bedeutet nicht nur eine Einschränkung der psychogenen Genese der Halsmuskelkrämpfe allein, sondern auch der anderer Tics, warnt vor ausschließlich psychogener Deutung anderer hysterischer Mechanismen und kann auch sonst bei dem psychogenen Reaktionsmechanismus an die Möglichkeit einer organischen Bindung denken lassen.

---