IV. Zur Casuistik des Tic rotatoire.

Von Dr. J. Meyer in Freiburg i. B.

In den folgenden Zeilen sei es gestattet, in Kürze fünf Fälle einer nicht häufigen und nur selten beschriebenen Krankheitserscheinung zu veröffentlichen, welche ich Gelegenheit hatte, theils in der Poliklinik des Herrn Prof. Dr. Mendel, theils in derjenigen des Herrn Geh. Rath Heubner zu beobachten:

Fall 1. Kind Georg J. stammt aus angeblich gesunder Familie, wurde rechtzeitig ohne Kunsthilfe geboren, an der Mutterbrust genährt. 5 Monate alt, bekam das Kind Krampferscheinungen am Hals: Es senkte das Kinn gegen die Brust und drehte nun beständig das gesenkte Haupt nach rechts und links. Zugleich mit diesen Drehbewegungen traten Drehbewegungen beider Augen auf (Nystagmus rotatorius, N. lateralis). Die

Anfälle, in der ersten Zeit alle 5 Minuten sich wiederholend, wurden später seltener und haben nach einigen Monaten gänzlich nachgelassen. Man konnte die Anfälle beliebig dadurch hervorrufen, dass man dem Kinde ein Licht vor die Augen hielt.

Die Anfälle traten nur am Tage auf und waren schmerzlos. Sonst war das Kind völlig gesund. Angeblich soll dasselbe einen Monat vorher aus mässiger Höhe (?) zur Erde gefallen sein; eine Verletzung war jedoch nicht nachzuweisen gewesen. Ich konnte an dem Kinde jetzt nichts mehr als Spuren einer mit Bestimmtheit erst später erworbenen Rachitis, sonst keine Veränderungen erkennen.

Fall 2. 1 $\frac{3}{4}$ Jahr altes Kind Elise V., dessen Mutter stets an sehr starken Kopfschmerzen leidet, wurde rechtzeitig ohne Kunsthilfe geboren, 4 Monate an der Mutterbrust, später mit sehr verdünnter Milch genährt, bekam mit 6 Monaten Rachitis, mit 8 Monaten litt sie an Stimmritzenkrampf, 1 Jahr alt hatte sie erst einen Zahn. Seit 3 Monaten macht das Kind Schüttelbewegungen mit dem Kopf. Der Modus derselben ist ganz unregelmässig: In einem Anfall folgen die Bewegungen einander schnell, in anderen sehr langsam, der Kopf wird dabei bald schräg, d. h. mit etwas nach unten gesenktem Ohr, bald gerade gehalten, manchmal erfolgt stundenlang kein Anfall, an anderen Tagen ist kaum eine Viertelstunde anfallsfrei. Die Mutter beobachtete, dass der Anfall regelmässig dadurch hervorgerufen werden konnte, dass das Kind aus der 2 Stock hoch gelegenen Wohnung auf die Strasse sah; liess die Mutter das Kind schnell wieder in die Höhe sehen, so hörte der Anfall sofort auf. Auch dadurch, dass man die Aufmerksamkeit des Kindes fixiert, wird ein Anfall ausgelöst. Die Anfälle sind schmerzlos und treten nur am Tage auf.

Status praesens: Gut entwickeltes Kind von gutem Ernährungszustand. Gross Fontanelle geschlossen, Hinterhaupt fest, doch schwitzt das Kind stark am Hinterkopf; keine Veränderungen am Körper festzustellen. Die beiden Musculi sternocleidomastoidei sind hypertrophisch, jedoch nicht contrahiert.

Fall 3 (beobachtet in der Poliklinik für kranke Kinder in der „Kgl. Charité“, Abtheilung des Herrn Geheimrath Prof. Dr. Heubner). Kind Bock stammt aus gesunder Familie, ist rechtzeitig ohne Kunsthilfe geboren, nur 3 Monate an der Mutterbrust, später mit sehr verdünnter Milch ernährt worden, hat mit 9 Monaten Brechdurchfall gehabt und scheint im Anschluss an denselben Rachitis erworben zu haben. 1 Jahr 3 Monate alt, fing das Kind an, mit dem Kopf Schüttelbewegungen zu machen, die Augen dabei im Kreise zu drehen und manchmal Nystagmus lateralis des rechten Auges zu zeigen.

Die Kopfbewegungen bestehen in einem sehr schnellen Drehen des gerade gehaltenen Kopfes nach beiden Seiten, das Tempo jedes Anfalls bleibt von Anfang bis zum Ende gleich, die Anfälle sind schmerzlos, treten sehr häufig, aber nur am Tage auf. In der Zwischenzeit hält das Kind den Kopf in der Weise, dass das Kinn nach vorn und oben gehoben, das Hinterhaupt stark gegen den Nacken gedrängt ist. Die Musculi sternocleidomastoidei markieren sich am Halsrelief nicht deutlich, jedoch sieht man am Nacken vom Occiput abwärts eine den Processus spinosi der Halswirbelsäule entsprechende, tiefe Furche zwischen zwei dicken Wülsten herab bis zur Höhe der Scapulae verlaufen.

Die Anfälle, welche jetzt schon 3 Monate andauern, sind in der letzten Zeit unter dem Einfluss einer energischen antirachitischen Behandlung seltener und im einzelnen milder geworden.

Ausser den üblichen Zeichen der Rachitis (offene Fontanelle, weiches Hinterhaupt, Epiphysenschwellungen etc.) bietet das Kind keine Anomalien.

Fall 4. Beamter Friedr. Schr., von gesunden Eltern stammend, fiel, 5 Jahre alt, aus mässiger Höhe auf den Kopf und hält denselben seit jener Zeit in der Weise schief, dass das Kinn nach rechts, seitlich und unten, das linke Ohr nach vorn und unten gerichtet ist. Vor einem Jahr, als er zu einem Examen geistig stark arbeiten musste, begannen Drehbewegungen, welche in sehr häufigen, heftigen Anfällen den Kopf noch weiter als er gewöhnlich steht, nach rechts drehen und ihn wieder bis zur alten Stellung zurückbringen.

Diese Anfälle sind allmählich an Häufigkeit und Stärke geringer geworden, sie treten noch jedesmal auf, wenn Patient liest, eifrig raucht und sich lebhaft unterhält. In der anfallsfreien Zeit hält er den Kopf in der alten Schrägstellung.

Der linke Musculus-sternocleidomastoideus des Patienten, stark hypertrophisch und contrahiert, ragt wie eine Säule unter der vorderen Halsfläche hervor.

In der letzten Zeit ist zu dem im Verlöschen begriffenen Tic rotatoire Schreibkrampf hinzugekommen. Sonst ist Patient körperlich wie geistig völlig gesund.

Hinzufügen möchte ich, dass das einzige Kind, welches ihm seine Frau geboren hat, einen Schiefhals zeigt, welcher dem des Vaters auffallend ähnelt. Ein Trauma intra partum als Veranlassung dieser Kopfstellung anzunehmen, ist deshalb unwahrscheinlich, weil das Kind ohne Kunsthilfe in Kopflage spontan geboren wurde.

Fall 5. Frau Pauline H. will immer gesund, nur etwas „nervös“ gewesen sein. Mit 44 Jahren stellten sich bei ihr die das Climacterium charakterisierenden Menstruationsunregelmässigkeiten ein, und nach einer besonders starken Aufregung begann sich ihr Kopf in der Weise zu drehen, dass er in aufrechter Stellung sich um die vertikale Axe ein bis 1 $\frac{1}{2}$ Minuten lang bewegte. Solche Anfälle traten von nun an mehrmals am Tage auf; während eines Anfalls konnte Patientin die übrigens schmerzlosen Bewegungen nicht zum Stillstand bringen.

Durch Behandlung blieb das Leiden unbeeinflusst. Jetzt, nachdem seit einigen Monaten völlige Menopause eingetreten ist, treten die Anfälle nur noch andeutungsweise auf, jedesmal, wie sie angiebt, „wenn sie nachdenkt“.

Bei einer kritischen Sichtung dieser Fälle mit anderen in der Literatur hier und da verstreuten zeigte es sich, dass sowohl centrale wie periphere Erkrankungen den Tic rotatoire hervorrufen können, dass die Störungen theils functioneller Natur sind, theils auf anatomischen Veränderungen beruhen.

Als Resultat der Untersuchungen, welche an anderer Stelle (Tic rotatoire. Inaug.-Diss. Freiburg i. B. 1896) in extenso veröffentlicht sind, ergab sich:

1. dass der Tic rotatoire in den meisten Fällen auf functionellen Störungen des Gehirns beruht und durch körperliche oder geistige Erregungen unmittelbar veranlasst ist;

2. dass derselbe in selteneren Fällen auf organischen Veränderungen im Gehirn beruht; diese haben ihren Sitz meist im Kleinhirn und beanspruchen daher unter gewissen Bedingungen die Bedeutung eines frühzeitigen Heerdsymptoms. Es ist auch wahrscheinlich, dass in manchen Fällen die Erkrankung eines im Frontallappen gelegenen Centrums den Tic rotatoire hervorrufen kann (Dickson);

3. dass derselbe auf krankhaften Veränderungen im Verlauf des Nervus accessorius selbst und seiner Endausbreitung im Musculus sternocleidomastoideus und Musculus trapezius beruhen kann.

Zum Schluss spreche ich Herrn Prof. Mendel für die gütige Erlaubniss der Publication meinen besten Dank aus.