

### VIII. Ueber Impotenz.

Von Dr. F. A. Rietema in Rotterdam.

Trotz des in den letzten Jahren in fast allen Zweigen der medicinischen Wissenschaft bemerklichen Fortschrittes, vorzüglich auf dem Gebiete der Therapie, lässt sich nicht leugnen, dass die bis jetzt noch bei vielen Aerzten übliche Behandlung der Blennorrhoe an jenem allgemeinen Fortschritt keinen Theil genommen hat und die Probe einer vorurtheilsfreien Kritik nicht bestehen kann.

Mehrere Ursachen haben dazu beigetragen. Die Gelegenheit für den zukünftigen Arzt, sich auf dem Gebiete der venerischen und syphilitischen Krankheiten zu orientiren, ist nicht überall in gleichem Maasse hinreichend. In einigen Ländern wird an den Universitäten die Behandlung der Geschlechtskrankheiten der Chirurgie als Appendix hinzugefügt, und so liegt es fast auf der Hand, dass bei der grossen Mannigfaltigkeit der chirurgischen Krankheiten und der sich dabei bietenden Gelegenheit zu glänzenden Operationen der monotone Tripper im Hintergrunde bleibt. In zweierlei Hinsicht ein grosser Fehler. In erster Linie wird dem die ganze Praxis ausübenden Arzte die Gelegenheit zu grösseren chirurgischen Operationen, zumal in den Städten, selten geboten, so dass, wenn er nur richtig zu diagnosticiren weiss, er seine Aufgabe als vollbracht betrachten kann. Die Gonorrhoe jedoch ist ein Fall, der jedem Arzt in seiner Praxis ziemlich häufig vorkommt, es ist ein in allen Classen der Gesellschaft und nicht am wenigsten in den besseren, überall endemischer Krankheitsprocess. Zweitens wird es oft geschehen, dass der Praktikus, eben weil er nicht mit allen Folgen einer Gonorrhoe bekannt ist, manche in seiner Praxis vorkommenden Krankheiten nicht auf ihre wahre Ursache zurückzuführen wissen und folglich zu einer falschen Behandlung schreiten wird.

Aber auch in jenen Ländern, wo sich die Gelegenheit darbietet, sich ausreichend in der Lehre der Geschlechtskrankheiten auszubilden, wird dieselbe nicht immer so benutzt, wie es zu wünschen wäre, weil nicht in allen Staaten in diesem Fache geprüft wird, so dass viele Candidaten, insbesondere die etwas weniger als mittelmässig veranlagten, welche von den übrigen Zweigen der medicinischen Wissenschaft schon gänzlich in Anspruch genommen werden, sich entweder gar nicht um das Studium jener Krankheit kümmern oder sich mit der geringen Kenntniss begnügen, die man, wo es erfordert wird, zur Erlangung eines Zeugnisses braucht, dass man mit hinreichendem Erfolg die betreffende Klinik besucht hat.

Es ist nicht unsere Absicht, eine eingehende Abhandlung über die verschiedenen, bei einer Gonorrhoe anzuwendenden Behandlungsweisen zu liefern. Nur ein paar Punkte wollen wir hervorheben, weil sie in indirektem Zusammenhang stehen mit einigen nervösen Erscheinungen, auf die wir besonders die Aufmerksamkeit zu lenken wünschen.

Bekanntlich haben mehrere, auf diesem Gebiete hervorragende Männer eine scharfe Linie gezogen zwischen Pars anterior urethrae und Pars posterior urethrae. Andere sind der Meinung, dass diese Scheidung entweder gar nicht oder doch in weit geringerem Grade, als von den Anhängern behauptet wird, statthaft sei. Ohne in dieser Sache für oder wider Partei zu ergreifen, geht unsere Ansicht dahin, dass es keine allgemeine Regel gebe, und dass man in jedem speciellen Falle zu individualisiren habe. Bestärkt werden wir in unserer Meinung durch eine Bemerkung Thompson's. Nachdem er zuerst erklärt, dass es unmöglich, mittels einer gewöhnlichen Spritze Flüssigkeit in die Pars posterior einzuführen, theilt er mit, dass es nach einiger Uebung gelingt, die Muskeln, welche die Pars membranacea umgeben, dergestalt zu erschaffen, dass die Flüssigkeit doch hineingelangt. Es ist jammerschade, dass der gelehrte Verfasser die Art, wie man sich die merkwürdige Geschicklichkeit, die Muskeln zu erschaffen, zu eigen machen kann, nicht ein wenig näher auseinandergesetzt hat, doppelt merkwürdig gegenüber der Thatsache, dass eine grosse Anzahl jener Muskeln aus glatten, nicht unter dem Einfluss unseres Willens stehenden Faserbündeln besteht. Während der Lecture fiel uns das Sprüchwort ein: „menager la chèvre et le chou“. Um die Theorie der Scheidung in zwei Theile zu retten, nimmt man, um zu erklären, warum diese Scheidung praktisch bisweilen nicht besteht, seine Zuflucht zu einer mehr als hypothetischen Muskel-

erschaffung. Sollte es nicht eine einfachere Erklärung geben für die Thatsache, dass jene Scheidung zwischen Pars anterior und Pars posterior bald besteht, bald nicht besteht? Uns dünkt, gewiss. Während des Injicirens in den hinteren Theil der Urethra mittels der Ultzmann'schen Spritze fiel uns auf, dass bei einigen Patienten das Instrumentchen gleichsam von selbst, ohne die geringste Mühe, nach hinten geht, während hingegen bei anderen ein leichter Druck nöthig ist, um in die Pars membranacea vorzudringen. Bei dem Einführen metallener Sonden spürt man davon gewöhnlich wenig, weil der durch die Schwere jener Instrumente verursachte Druck meistens schon hinreicht, den in der Pars membranacea bestehenden Widerstand zu überwinden. Patienten der ersten Kategorie waren fast ohne Ausnahme solche, welche an das Einführen von Instrumenten gewöhnt waren. Zu den Patienten der zweiten Kategorie gehörten gewöhnlich diejenigen, welche entweder zum ersten mal ein urethrales Leiden hatten oder ziemlich nervöser Natur waren. Lässt sich nun hieraus etwas einigermaassen Brauchbares folgern? Wir glauben, ja. Bei denjenigen, welche zum ersten mal an einer Gonorrhoe leiden, ist die Reflexerregbarkeit grösser als bei denen, die schon öfters eine solche Affection gehabt haben. Obgleich unsere Kenntniss sowohl des Verlaufes wie der Functionen der Nerven der Geschlechtsorgane noch sehr lückenhaft ist, so ist doch gewiss, dass ein ungewöhnlicher, auf die Schleimhaut der Pars anterior urethrae angewandter Reiz reflectorisch ein Sichzusammenziehen der die Pars membranacea umgebenden Muskeln herbeiführen wird, eine Contraction, um so geringer, je mehr die Empfindlichkeit der Pars anterior abgestumpft wird. — Bei torpiden Individuen wird sich jede Abstumpfung selbstverständlich eher einstellen als bei mehr nervösen. Für die Praxis geht hieraus hervor, dass es von äusserster Wichtigkeit ist, nie nach einer bestimmten Schablone zu Werke zu gehen, sondern bei jedem Patienten zu individualisiren. So wird es bei dem Ausforschen der Ursachen gewisser Geschlechtserscheinungen unerlässlich sein, der Thatsache Rechnung zu tragen, dass bei Prostatorrhoe und Spermatorrhoe in dem einen Falle die Producte jener Krankheiten am Orificium externum urethrae zum Vorschein kommen, bei einem anderen dahingegen meistens im Blaseninhalt befindlich sind, je nachdem der Musculus compressor urethrae mehr oder weniger kräftig functionirt.

Die zweite Bemerkung, die wir vorausschicken möchten, ehe wir die nervösen Erscheinungen, mit welchen wir uns insbesondere beschäftigen werden, besprechen, bezieht sich auf das Einführen von Instrumenten in die Urethra und Blase, namentlich auf Urethroskop und Cystoskop. Im allgemeinen gilt die Regel, dass, wenn nicht zwingende Gründe das Einführen metallener Sonden oder Katheter fordern, man dieses im acuten und subacuten Stadium der Gonorrhoe unterlässt; ist es aber schlechterdings nothwendig, so führe man jedenfalls nicht allzugrosse Nummern ein. Die Schleimhaut der Urethra ist die empfindlichste, die wir besitzen, es kann vorkommen, dass nach einem relativ sehr unbedeutenden auf dieselbe ausgeübte Reize der ganze Körper stark darauf reagirt, sogar Fälle von Exitus letalis hat es gegeben. Die Theorie der septischen Infection reicht bei weiten nicht hin, diese Thatsachen zu erklären, die Ursache muss in einer Nervenerschütterung gesucht werden. Aus dem Gesagten folgt, dass wir meinen, dass bestimmte Instrumente nur in den Händen Weniger dem Patienten wirklich nützen, das Urethroskop z. B. nur in den Händen von Jemand, der zahlreiche Untersuchungen der normalen Urethra gemacht hat. Nur er hat ein Urtheil über das Pathologische oder nicht Pathologische einer in der Urethra vorkommenden Erscheinung, und doch kann es selbst dem geübtesten und gewandtesten Arzte passiren, dass er unrichtig diagnosticirt, z. B. das vergrösserte Caput gallinaginis für . . . einen Polypen hält und entfernt, was für den Patienten die verhängnissvollsten Folgen haben kann. Auch das Einführen des Urethroskops in den hinteren Theil der Urethra ist für den Patienten ebensowenig gleichgiltig, wie das öfters Einführen eines Cystoskops in die Blase. Als wir vor wenigen Jahren in Berlin waren, hörten wir einen Fall erzählen von jemand, der Symptome von Tabes zeigte, nachdem er eine zeitlang als ein vortreffliches Versuchsobject gegolten hatte, an dem man die Cystoskopie demonstrieren könne. Als das Einführen von Instrumenten in seine Urethra eingestellt wurde, und infolge einer zweckmässigen Behandlung schwanden die Symptome allmählich.

Für einen zwar nicht analogen, aber doch auf dieselben krankmachenden Agentien zurückzuführenden Fall möchten wir uns auf einige Augenblicke die Aufmerksamkeit erbitten.

Vor einiger Zeit kam ein an Impotenz leidender Patient zu mir. Aus der Anamnese wurde uns klar, dass er während über anderthalb Jahr mit einer Sondencur behandelt war; in der letzten Zeit, ein halbes Jahr lang, war No. 28 Charrière regelmässig jeden anderen Tag eingeführt

worden. Vier Monate, bevor er zu uns kam, hatte er zum ersten male Symptome beginnender Impotenz wahrgenommen, mangelhafte Erectionen u. s. w. Zur Zeit der Unterredung theilte er mit, dass eine Erection nie mehr, auch nicht des morgens, vorkam. Die Geschlechtstheile stellten sich äusserlich als normal heraus. Im Urin befanden sich Fäden, in denen jedoch, trotz mehrerer auch später wiederholter genauer Untersuchungen nie Gonococci sich zeigten. Keine Prostatorrhoe oder Spermatorrhoe, kein Diabetes oder Morbus Brightii. Eben jene Fäden hatten den vorigen Arzt zu der Anwendung der Sondencur veranlasst, nachdem die acuten Erscheinungen des ersten Trippers jenes Patienten infolge der üblichen Injectionen geschwunden waren. Aus unserer Untersuchung ging hervor, dass die ganze Urethra äusserst unempfindlich war, eine direkte Ursache für die Impotenz war nicht aufzufinden, die verschiedenen Organe functionirten normal, Diabetes war, wie schon gesagt, nicht vorhanden und Onanie, wiewohl er sich derselben in seiner Jugend ergeben hatte, versicherte er, nach seinem siebzehnten Jahre nicht mehr getrieben zu haben. Nach meiner Ueberzeugung sehnte sich der 31jährige intelligente Patient zu sehr nach einer Wiederherstellung seiner normalen Geschlechtsfunctionen, als dass er in dieser Hinsicht nicht aufrichtig gewesen wäre. Neurasthenische Erscheinungen (wie wir sehen werden, kann die Impotenz in diesem Fall nicht als ein Symptom sexueller Neurasthenie betrachtet werden) zeigte Patient nicht. Der Coitus wurde früher von ihm regelmässig, jedoch ohne Uebertreibung, ausgeübt. Sobald der Patient bemerkte, dass er impotent zu werden anfang, hatte er mit dem Coitus aufgehört und in den darauf folgenden vier Monaten keine Pollution gehabt. An zu häufigen Pollutionen hatte er auch, nachdem er mit der Onanie aufgehört, also von seinem 17. Jahre an bis zu seinem 23., da er anfang, den Coitus regelmässig auszuüben, nicht gelitten. Eine Untersuchung à vue mittels elektrischer Beleuchtung wurde von uns nicht vorgenommen, zunächst, weil wir den Patienten in seinem Wahn, die Ursache der Impotenz sei in der Urethra posterior und namentlich in den Fäden zu suchen, nicht bestärken wollten, und ferner, weil wir auf eine derartige Untersuchung nicht den grossen Werth legen, welchen einige darin finden wollen. Hätten wir jedoch ahnen können, dass unsere Therapie so verhältnissmässig rasch, wie es der Fall war, zu einem glücklichen Resultat führen würde, so hätten wir trotzdem eine urethroskopische Untersuchung angestellt, was jedoch nachher, als dem Patienten besser wurde, keinen Zweck mehr hatte.

Es kam uns in dem betreffenden Falle, nach Ausschliessung aller anderen Ursachen wahrscheinlich vor, dass der Grund der Impotenz zu suchen sei in einer herabgesetzten Reizbarkeit der in die Pars posterior urethrae (caput gallinaginis) verlaufenden Nerven, einer Herabsetzung als Folge der langwierigen Behandlung mit Sonden grossen Calibers. Wir vermutheten, dass durch den fortwährend auf die Schleimhaut ausgeübten Druck ein Zustand beginnender Atrophie entstanden sei, die sich auch auf den Nerven ausgedehnt habe. So lag es auf der Hand, dass wir eine locale Behandlung der Pars posterior, wofür freilich auch nicht der geringste Grund vorhanden, vermieden, indessen durch eine zweckmässige Diät die daselbst ungenügende Ernährung zu verbessern versuchten. Zu diesem Behufe ratheten wir dem Patienten einen mässigen Genuss von Wein und gestatteten ihm mittags kurz vor dem Essen ein Gläschen des hier zu Lande so beliebten Genevers: alles dies war ihm von seinem vorigen Arzte strengstens verboten worden. Die gleichfalls von jenem Arzte empfohlene reizlose Kost vertauschten wir gegen eine kräftige Nahrung, wobei reizende Gewürze nicht vergessen wurden. Innerlich verschrieben wir ihm in den ersten drei Wochen der Cur Acidum muriaticum dilutum in Wasser. — Während dieser diätetischen Behandlung spürte Patient in der Mitte der fünften Woche, als er nachts aufwachte, eine halbe Erection, welche, nachdem er ein ziemlich grosses Quantum urinirt hatte, schwand und auch am Morgen sich nicht wiederholte. In den nächsten anderthalb Wochen noch fünfmal dieselbe Erscheinung, immer nur nachts, niemals morgens. Darauf hörten wir mit der expectativen Behandlung auf und entschlossen uns zu der Anwendung eines derjenigen Mittel, welchen man eine stimulirende Wirkung auf die Geschlechtsorgane zuschreibt. Die von Hammond empfohlene Combination von Strychnin und Phosphor kam uns am geeignetsten vor.

Während der zwei Monate, da diese Medication fortgesetzt wurde, ging es dem Patienten zwar besser, jedoch nicht in dem Maasse, dass wir ihn nach Verlauf derselben als geheilt hätten entlassen können, deshalb entschlossen wir uns zu einer elektrischen Behandlung, und zwar, indem wir von der Meinung ausgingen, dass Nahrungsstörungen in der Pars posterior die Ursache der Affection seien, mittels des faradischen Stromes.

Der eine Pol ward in das Rectum eingeführt und gegen den hinteren Theil der Urethra gedrückt, während der andere Pol abwechselnd auf die Glans penis gestellt und auf dem Penis hin und her bewegt wurde. Der Erfolg war vortrefflich; während in den ersten 14 Tagen schon eine Besserung bemerkbar wurde, nahm dieselbe dermaassen zu, dass wir den Patienten nach zwei Monaten als völlig wieder hergestellt entlassen konnten, eine Genesung, die sich bis jetzt behauptet hat.

Es war gerade dieser Fall, der uns zu der Beschreibung einiger nervöser Erscheinungen, die infolge von Abweichungen im Genitalsystem vorkommen können, veranlasst. George M. Beard war

der erste, der zahlreiche, an sich zwar bekannte, nur nicht in ihrem Zusammenhange erfasste nervöse Erscheinungen zu einem mehr oder weniger abgeschlossenen Ganzen vereinigte und ihnen unter dem Namen „Neurasthenie“ einen festen Platz in der medicinischen Wissenschaft gab. Er unterscheidet drei grosse reflectorische Centra: Gehirn-, Intestinal-, und Genitalsystem. Sämmtliche drei können die Ausgangspunkte neurasthenischer Erscheinungen werden. Wir wollen hier nur diejenigen besprechen, welche aus dem Genitalsystem hervorgehen und werden uns daher etwas eingehender zu beschäftigen haben mit einer der am wenigsten bekannten, aber trotzdem wichtigsten Drüsen, nämlich der Prostata.

In Anbetracht der Entwicklungsgeschichte ist es nicht unwahrscheinlich, dass wir in der Prostata ein Analogon des Uterus haben. Nun ist es notorisch, was für colossale nervöse Erscheinungen kleine Abnormitäten des Uterus beim Weibe verursachen können. Bekannt ist, wie reich an Nerven die Prostata ist, und es ist wohl nicht anzunehmen, dass jene Nerven sich dort ohne Zweck befänden. Allem Anscheine nach erfüllt die Prostata in unserem Organismus eine wichtige Rolle, aber welche? Finden sich in der Pathologie Beweise für die Wichtigkeit des Organs? Wir glauben ja; sehen wir doch bei an chronischer Prostatitis Leidenden sehr oft neurasthenische Affectionen auftreten, weshalb die meisten Aerzte, welche sich specialistisch hiermit beschäftigen, denn auch bei sexuell neurasthenischen Patienten eine Untersuchung der Grösse, Consistenz, Empfindlichkeit etc. der Prostata anstellen. Einen zweiten Belag für die wichtige Rolle der in der Prostata und in dem prostaticischen Theil der Urethra befindlichen Nerven glauben wir in einer Erscheinung finden zu müssen, die sich zeigt, sobald atrophische Zustände daselbst auftreten, wir meinen die Impotenz. Wir erachten es fast für überflüssig, darauf hinzuweisen, dass diese Form der Impotenz durchaus nicht als eine Folge sexueller Neurasthenie betrachtet werden darf.

Unter Neurasthenie im allgemeinen versteht man — wir halten uns hier an die Baerd-Rochwel'sche Definition — eine „chronische functionelle Krankheit des Nervensystems, deren Grundlage eine Verarmung der Nervenkraft, rascher Verbrauch und mangelnder Ersatz des Nervengewebes bildet; damit steht in Zusammenhang die Abnahme der hemmenden und controllirenden — physischen wie auch geistigen — Kraft, die Schwäche und Unbeständigkeit der Nervenaction, die excessive Nervosität und gesteigerte direkte und reflectirte Irritabilität.“ Nach keiner Seite bezieht sich diese Definition auf aus atrophischen Zuständen der Pars prostatica urethrae hervorgehende Impotenz. Es ist hier durchaus nicht die Rede von einer Verarmung der Nervenkraft, raschem Verbrauch und mangelndem Ersatz des Nervengewebes, hier handelt es sich höchstwahrscheinlich um eine Compression der zartesten Nervenendigungen durch Contraction des umgebenden Gewebes. Weshalb jedoch eine kräftige Erection — denn gerade mangelhafte Erectionen sind das Kennzeichen und die Ursache dieser Form von Impotenz — in diesem Falle auch nicht durch psychischen Einfluss zustande kommen kann, lässt sich nicht leicht erklären. Das Einzige, was man vielleicht mit einigem Rechte voraussetzen könnte, wäre eine gänzliche oder theilweise Unterbrechung in der Leitung von dem centralen Nervensystem nach der Peripherie, wobei überdies noch die Voraussetzung nothwendig ist, dass der vom Gehirn ausgehende Reiz nicht unmittelbar auf das Erectionscentrum wirkt, sondern einen Umweg längs den im Penis befindlichen Nerven macht und von dort nach dem Rückenmark zurückkehrt.

Die Form der Impotenz, mit der wir uns jetzt beschäftigen, kommt nicht so selten vor, und die Ursache dieser verhältnissmässigen Frequenz liegt ganz nahe, nämlich in der grossen Zahl der chronischen Gonorrhöen der Pars posterior urethrae, welche früh oder spät dort atrophische Zustände hervorrufen. Weshalb jedoch bei dem einen verhältnissmässig schnell und bei dem anderen erst sehr spät oder gar nicht Impotenz entsteht, lässt sich mit Gewissheit auch wieder nicht erklären; wahrscheinlich spielen die Stelle und die Tiefe der Atrophie in der Pars posterior dabei eine Hauptrolle.

Praktisch geht aus dem Vorhergehenden hervor, von wie hoher Wichtigkeit es ist, chronische Processe in der Pars posterior zur Heilung zu bringen. Der unglaubliche Leichtsin, womit ein grosser Theil der damit Behafteten ihren Zustand auffassen, ist jedem Arzt bekannt, und dennoch, ist die Atrophie einmal da, so ist eine unheilbare vollständige oder partielle Impotenz die unumgängliche Folge. Die Therapie kann hier nur dann mit Erfolg wirken, wenn die Erectionen noch nicht ganz aufgehört haben. Man hüte sich daher, aus der Abwesenheit von Erectionen auf eine völlige Impotenz zu schliessen. Kommt es doch vor, dass Patienten, welche an einer chronischen Urethritis posterior leiden, psychisch dermaassen unter dem Eindrucke ihres Leidens und der damit

verknüpften möglichen Folgen stehen, dass infolge jener psychischen Verstimmung die etwa noch möglichen Erectionen ausbleiben.

Eine zweite im Genitalsystem wurzelnde Form der Impotenz wird verursacht durch Onanie. Wir theilen nicht im geringsten die Meinung derjenigen Autoren, die für den Organismus keinen Unterschied entdecken können zwischen Onanie und einem normalen Coitus, und noch weit weniger die Ansicht derer, welche behaupten, die Onanie greife den Körper weniger an als der Coitus.

Nach unserer Meinung liegt das Schädliche der Onanie in dem stärkeren auf das Nervensystem ausgeübten Reiz, während der Onanist in dem Augenblick der Ejaculation krampfhaft zusammenkrümmt, zeigt sich dieses bei dem Körper des den Coitus in normaler Weise ausübenden Menschen in weit geringerem Grade. Im allgemeinen hängt die Prognose der Impotenz bei Onanisten von folgenden Umständen ab: vom Alter — bei steigendem Alter wird die Prognose eine ungünstigere; von der längeren oder kürzeren Zeit, während welcher die Onanie getrieben worden; von der Häufigkeit, mit welcher innerhalb einer bestimmten Zeit onanirt wurde; von dem Alter, in welchem Patient zu onaniren anfang; von der Art, in welcher die Onanie getrieben wurde, wir meinen hiermit die vielen Onanisten eigenthümliche Methode, den Augenblick der Ejaculation aufzuschieben, das heisst, gegen die Zeit, da sie fühlen, dass die Ejaculation vor sich gehen werde, mit dem mechanischen Reize aufzuhören, um einen Augenblick nachher wieder von neuem anzufangen; der hierdurch auf das Rückenmark ausgeübte Reiz ist ein ungemein schädlicher.

Zu unterscheiden von der mechanischen Onanie ist die psychische, welche man Gedankenonanie nennen könnte, nach meiner Erfahrung die am meisten schädliche, wiewohl hier freilich das von einigen als besonders ins Gewicht fallend angeführte Moment der Ermüdung bei der mechanischen Onanie gegenüber dem normalen Coitus wegfällt.

Ich stimme mit Fürbringer nicht überein, wenn er sagt: „Onanie und Coitus sind völlig gleiche Acte soweit der Schlusseffect der höchsten Erregung und seine Rückwirkung auf das Nervensystem in Frage kommt. Ja es dürfte dieselbe trotz des neuesten Einspruches Gyurkovechky's eher bei der Masturbation geringer ausfallen, als beim Beischlaf.“

Gegen die gleichfalls ziemlich allgemein getheilte Meinung, dass das Fortbleiben der Morgenerectionen ein unzweideutiges Kennzeichen der ganzen oder theilweisen Impotenz sei, müssen wir hier Protest erheben. Mir sind speciell zwei Fälle bekannt, wo nur höchst selten Morgenerectionen vorkommen (schon seit Jahren), und doch wird der Coitus in genügender Weise ausgeübt. Nachdem einmal meine Aufmerksamkeit hierauf gelenkt worden war, erkundigte ich mich bei meinen Patienten soviel wie möglich regelmässig nach der Anzahl, der Intensität und Dauer ihrer Morgenerectionen und gelangte aus dem Mitgetheilten zu der Folgerung, dass daraus nur sehr unzuverlässige Schlüsse hinsichtlich der Potenz zu ziehen seien.

Aus dem Gesagten lässt sich abnehmen, welche Therapie wir zu wählen haben. Während wir die infolge einer chronischen Urethritis posterior entstandene Impotenz, wenn sie noch nicht eine vollständige geworden, örtlich behandeln, wie wir erörtert haben, folgen wir bei der durch Onanie entstandenen einer ganz anderen Therapie.

Indem wir auf eine Beschreibung der Behandlung complicirender Momente wie Prostatorrhoe, Spermatorrhoe etc. verzichten, wollen wir nur die Methode mittheilen, wie wir das centrale Nervensystem behandeln.

Wir bedienen uns hierbei fast ausschliesslich des constanten Stromes, und zwar so, dass beim Anfang der Behandlung der absteigende Strom auf das Rückenmark in seiner Länge applicirt wird, was zugleich auf zuweilen noch vorkommende Pollutionen günstig wirkt. Die Stärke des Stromes, wie lange er durch das Rückenmark geleitet wird, und die ganze Dauer der Behandlung mit dem absteigenden Strome hängen in jedem besonderen Fall von dem Zustande des Patienten ab. — In der Regel bleibt während jener Therapie die Impotenz, Spuren von Erectionen sind sogar eine Seltenheit. Sobald sich der Patient während dieser sehr beruhigend wirkenden Behandlung einigermaassen von der bei dergleichen Patienten üblichen allgemeinen Nervosität erholt hat, schreiten wir zu dem aufsteigenden Strome, anfangs sehr schwach, allmählich stärker. In der ersten Hälfte jeder Session wird der Strom durch die ganze Wirbelsäule geleitet, in der zweiten Hälfte nur durch den unteren Theil vom letzten Brustwirbel ab. Nachdem so während einiger Zeit zu Werke gegangen, benutzten wir nachher gern den Stromwender. In vielen Fällen kehrt das Erectionsvermögen zurück, ist das jedoch nicht der Fall, so stellen wir einen der Pole auf den Penis und die Glans (stabil und labil) und den anderen auf die Wirbelsäule, lassen während kurzer Zeit einen

aufsteigenden Strom durchgehen und bedienen uns dann rasch auf einander folgender Stromwendungen. Wiewohl es selbstverständlich Fälle giebt, wo uns auch diese Behandlung im Stich lässt, so können wir dennoch im allgemeinen mit dem damit erzielten Erfolg zufrieden sein.

Dass wir mit dem absteigenden Strome anfangen und erst später den aufsteigenden Strom anwenden, stützt sich auf eine von uns in dieser Hinsicht gemachte Erfahrung. Wir glauben wahrgenommen zu haben, dass man bei einem solchen Verfahren zu besseren Resultaten gelangt, als wenn gleich anfangs der aufsteigende Strom applicirt wird; ganz bestimmt hat es einen sehr günstigen Einfluss auf zu oft vorkommende Pollutionen.

Damit die obenstehenden Betrachtungen nicht unnöthigerweise allzu umfangreich würden, haben wir auf eine Mittheilung der Ansichten verschiedener Autoren, welche den einschlägigen Gegenstand behandelt haben, verzichtet. Für denjenigen, der sich nicht speciell mit diesem Theil unserer Wissenschaft befasst, würde eine lange Namenreihe gleichgiltig, für den sich hiermit speciell Beschäftigenden überflüssig gewesen sein.

Die Ansichten über die anzuwendenden Heilmethoden sind noch so verschieden — giebt es doch solche, welche die Wirkung der elektrischen Behandlung nur dem psychischen Effecte zuschreiben —, dass wir eben darin eine Entschuldigung zu finden glaubten, sowohl für die Mittheilung des oben erwähnten Krankheitsfalles als für die daran geknüpften Betrachtungen, um hierdurch womöglich ein Scherflein beizutragen zum Aufbau eines festen therapeutischen Systems.