

(Aus der Lepjóchin-Gebäranstalt in Moskau. — Direktor: Professor Dr. W. Ilkewitsch.)

Die hypothyreoid - hypersuprarenale Konstitutionsanomalie.

Von

Johann Susmann Galant (Moskau).

(Eingegangen am 8. August 1925.)

Neuerdings erwacht zu neuem Leben die alte, mittelalterliche Lehre von den Temperamenten. Eigentlich ist es die Renaissancezeit, die die Blütezeit der Temperamentenlehre war, denn gerade zu dieser Zeitperiode sprossen die Temperamente wie Schwämme aus dem Erdboden, aber ebenso schnell, wie die luftigen Schwämme, gingen sie zugrunde, noch bevor sie ihre volle Entwicklung durchmachen konnten. Noch nicht lange her war die mittelalterliche Temperamentenlehre eine jener mißlungenen Etappen auf dem Wege der Entwicklung der Lehre von den Konstitutionen, wie wir sie seit der Konstitutionslehre *Hippokrates* so viele kennen, nun aber scheint es mit der Temperamentenlehre ernster zu sein, denn es gibt eine moderne Temperamentenlehre, die sich auf Ergebnissen der modernen klinischen Untersuchungsmethoden stützt und Ansprüche auf vollwertige Wissenschaft erhebt.

Auch die moderne Temperamentenlehre ist eine Konstitutionslehre, aber nicht eine Konstitutionslehre schlechtweg, sondern eine solche, die eng mit der Endokrinologie oder der Lehre von den Drüsen mit innerer Sekretion zusammenhängt und Hand in Hand mit derselben geht. Alle Temperamente, die zu unserer Zeit beschrieben werden, tragen den Namen irgendeiner Drüse mit innerer Sekretion und zeigt dadurch den inneren Zusammenhang, der zwischen der Eigenart des gegebenen Temperaments und der Funktion der Drüse, deren Namen es trägt, besteht.

Wie man diesen wenigen Bemerkungen entnehmen kann, fußt die moderne Temperamentenlehre ganz und gar auf der Endokrinologie. Das wird uns nicht wunder nehmen, nachdem wir wissen, daß nach den neuen Anschauungen nicht nur das Wachstum des Organismus und die meisten Körperfunktionen unter dem direkten anfachenden oder hemmenden Einfluß innersekretorischer Drüsen stehen, sondern auch das Gemütsleben sich unter der ausschließlichen Wirkung der Blut-

drüsen befindet, so daß die psychische Verfassung des Individuums, sein Temperament, nichts anderes als die Funktion der innersekretorischen Drüsen, wie sie sich im Gemütsleben kundgibt, ist.

Diese Anschauungsweise tritt besonders klar bei *Kretschmer* zutage. Nach *Kretschmer*¹⁾ sind die Temperamente „blutchemisch, humoral mitbedingt. Ihr körperlicher Repräsentant ist der *Gehirn-Drüsenapparat*. Die Temperamente sind derjenige Teil des Psychischen, der wahrscheinlich mit auf humoralem Wege mit dem Körperbau in Korrelation steht. Die Temperamente greifen, Gefühlstöne gebend, hemmend und antreibend in das Triebwerk der „seelischen Apparate“ ein. Die Temperamente haben, soweit sich bisher empirisch übersehen läßt, offenbar Einfluß auf folgende seelische Qualitäten: 1. Auf die *Psychästhesie*, die Überempfindlichkeit oder Unempfindlichkeit gegen seelische Reize; 2. auf die *Stimmungsfarbe*, die Lust- oder Unlusttönung der seelischen Inhalte, vor allem auf der Skala heiter und traurig; 3. auf das *psychische Tempo*, die Beschleunigung oder Hemmung der seelischen Abläufe im allgemeinen wie auf ihrem speziellen Rhythmus (zäh festhaltend, plötzlich abspringend, Sperrung, Komplexbildung); 4. auf die *Psychomotilität*, und zwar sowohl auf das allgemeine Bewegungstempo (beweglich oder behäbig), als auch auf den speziellen Bewegungscharakter (lahm, steif, hastig, stramm, weich, rund usw.).

Etwas bestimmter sind die Angaben *Kretschmers* über das Eingreifen des endokrinen Systems in den Bildungsgang des psychischen Lebens, speziell des Temperaments des Individuums an folgender Stelle²⁾:

„Daß das endokrine System auf die Psyche, speziell die Temperamentsqualitäten, wesentlichen Einfluß hat, ist eine empirische Tatsache, die bezüglich der Schilddrüse durch die ärztlichen Erfahrungen bei Kretinismus, Myxödem, Cachexia strumipriva und Basedow, bezüglich der Keimdrüse durch das Kastrationsexperiment sichergestellt ist.

Wir sehen nun bei den großen schizothymen und zylothymen Temperamentsgruppen wiederum die *Korrelation zwischen Körperbau und Temperament*, also gerade diejenige biologische Beziehung, die uns auch bei den groben glandulären Ausfallswirkungen so sehr in die Augen springt, wenn wir etwa den Parallelismus zwischen psychischer Mißbildung und hypoplastischem Körperbau bei den *Kretinen* oder den Parallelismus zwischen dem Längenwachstum der Extremitätenknochen und der psychischen Temperamentsverschiebung bei den *Frühkastraten* und *Eunuchoiden* betrachten, also Dinge, die sich biologisch gesetzmäßig bis in die höhere Tierreihe verfolgen lassen. Bei der *Hypophyse* ist der Einfluß auf das Körperwachstum in der Akromegalie besonders auffallend, auch parallele Temperamenteinflüsse sind zweifellos bei manchen Akromegalen festzustellen, nur klinisch noch nicht genügend herausgearbeitet. Vollends bei den *polyglandulären Syndromen* sind die massiven Eingriffe der Drüsenmißfunktion in den Körperbau, die Trophik der Gewebe, wie in die psychische Funktionsfähigkeit deutlich sichtbar.

¹⁾ *Kretschmer, E.*, Körperbau und Charakter. 3. Aufl. Die Temperamente, S. 188. Berlin: Springer 1922.

²⁾ a. a. O. S. 189, 190.

Der Gedanke ist sehr naheliegend, daß die großen, normalen Temperamentstypen der Zyklothymiker und Schizothymiker in ihrer empirischen Korrelation mit dem Körperbau durch ähnliche humorale parallele Wirkung zustande kommen möchten, wobei wir natürlich nicht einseitig an die Blutdrüsen im engeren Sinn, sondern an den *gesamten Blutchemismus* denken müssen, wie er z. B. wesentlich durch die großen *Eingeweidedrüsen*, letzten Endes durch *jedes Körpergewebe* überhaupt mitbedingt ist. Wir werden an Stelle des einseitigen Parallelismus: Gehirn und Seele, bewußt und endgültig den anderen: Soma und Psyche setzen, eine Denkweise, die ja überhaupt klinisch mehr und mehr sich einbürgert.

Zur Stütze der humoralen Betrachtungsweise der Temperamente kommt weiter noch folgendes empirische Material von seiten der endogenen Psychosen als der extremen Zuspitzungen der normalen Temperamentstypen. Einmal die Tatsache, daß bisher beim manisch-depressiven Irresein wie bei der Schizophrenie die *hirnanatomischen Befunde* trotz sorgfältigsten Suchens *nicht sehr erheblich*, bei den zirkulären geradezu negativ gewesen sind; soweit da und dort Hirnbefunde vorhanden sind, können sie sehr wohl sekundär durch humorale Giftwirkung bedingt sein. Deshalb neigt sich auch die klinische Auffassungsweise dieser Psychosen immer mehr dem Humoralen zu.

Sodann haben wir bei der *Schizophrenie* eine Reihe von *speziellen Tatsachen an Körperbau, Sexualtrieb und klinischer Verlaufsweise* herausgestellt, die alle zusammengenommen zum mindesten einmal für *die Keimdrüse sehr belastend* sind, wobei wir allerdings keinesfalls an massive monosymptomatische Keimdrüsenstörungen denken dürfen, die bekanntlich keine Schizophrenie machen, sondern wahrscheinlich an komplizierte Dysfunktionen der Keimdrüse in Korrelation mit dem endokrinen Gesamtapparat und dem Gehirn.“

Bei all dem kommt aber *Kretschmer* nicht dazu, spezielle endokrinologische Temperamente als Konstitutionstypen für sich zu unterscheiden, indem er hervorhebt, daß es nicht das inkretorische System allein, das die Psyche zu beeinflussen vermag, sondern daß sämtliche Drüsen, insbesondere die großen Bauchdrüsen, und überhaupt alle *Gewebe* des Organismus dazu angetan sind, um das psychische Leben des Individuums so oder anders in seiner Entwicklung zu fördern oder zu hemmen. Man spricht nicht mehr von Gehirn und Seele, sondern von Soma und Psyche und gibt damit der Tatsache Ausdruck, daß die psychische Verfassung des Individuums in enger Berührung, eigentlich in beständiger Korrelation mit seiner somatischen Gesamtkonstitution steht, und in dieser neuen Erkenntnis ist die Quintessenz der modernen Konstitutionslehre enthalten.

Ganz anders steht es mit der Temperamentenlehre bei dem italienischen Forscher *M. Pende* (Bologna). Auch *Pende* sieht den *Consensus partium*, die korrelativen Beziehungen, die zwischen den einzelnen Organen des Körpers und zwischen Soma und Psyche bestehen, nicht in der Funktion der endokrinen Drüsen allein, sondern im *neuro-endokrinen Apparat*, der auf dem Wege eines doppelten Stromes — des Nervenstroms und des Blutstroms — eine Verbindung zwischen den entferntesten Körperteilen herstellt. Dabei will *Pende* nicht von Konstitution, sondern von der individuellen Persönlichkeit sprechen, haupt-

sächlich darum, weil die verschiedenen Autoren unter Konstitution ganz etwas anderes verstehen. Die Persönlichkeit wird durch drei Gruppen von Merkmalen charakterisiert: 1. durch morphologische, 2. biochemische oder humorale und 3. durch neuropsychische Merkmale. Erst wenn eine Persönlichkeit morphologisch, biochemisch und neuropsychisch studiert worden ist, ist man berechtigt, zu glauben, daß man die Persönlichkeit auch allseitig gefaßt und bis zu Ende studiert hat.

Merkwürdigerweise gibt bald *Pende* dieses sein Programm auf und gibt uns nicht eine Beschreibung individueller Persönlichkeiten nach den oben erwähnten drei Richtungen hin, sondern stellt eine Reihe „endokriner Temperamente“ auf, in denen die ganze Konstitutionslehre *Pendes* zu gipfeln scheint.

Unter einem endokrinen Temperament versteht *Pende*¹⁾ jenen Zustand des Organismus, der durch eine unrichtige, auf der Grenze des Physiologischen und Pathologischen stehende Funktion der endokrinen Drüsen bedingt ist, und der darum eine starke Veranlagung, sich in einen definitiv pathologischen Zustand umzuwandeln besitzt, und bei der geringsten Veranlassung auch wirklich in einen solchen übergeht.

Nach dieser Begriffsbestimmung des „endokrinen Temperaments“ folgt eine Beschreibung der einzelnen endokrinen Temperamente, die *Pende* hyper- und hypothyreoides, hyper- und hypogenitales, hyper- und hypoparathyreoides Temperament usw. nennt bis auf hyper- und hypopancratisches Temperament. An diese und viele andere Temperamente fügt *Pende* das dysthyreoides, dysgenitales, dyspituitares Temperament usw. Das sind solche Temperamente, wo es zu einer Mischung von Kennzeichen einander entgegengesetzter Temperamente, z. B. Kennzeichen hypo- und hyperthyreoiden Temperaments oder hypo- und hypergenitalen Temperaments usw. kommt.

Man glaube aber nicht, die endokrinen Temperamente *Pendes* seien etwas ganz Neues. Das, was *Pende* als ein endokrines Temperament beschreibt, wird von den deutschen Autoren schon lange her als endokrine *Konstitution* geschildert, so z. B. die hypothyreotische Konstitution *Wielsands*. Dazu ist noch zu bemerken, daß *Pende* in seiner Temperamentenlehre die französischen Konstitutionsforscher als Vorläufer hat, denn von einem hypothyreotischen Temperament sprachen schon *Lévi-Rotschild* und *de Saravel*; auch kennen die Franzosen ein „tempérament bilieux“ usw. ganz genau wie unsere medizinischen Vorfahren der Renaissancezeit.

Uns wird hier interessieren die hypothyreotische Konstitutionsanomalie und die hypersuprenale. Wir führen darum als Beispiel

¹⁾ *M. Pende*, Endokrinologie und Psychologie. „Das medizinische Fach“ (russisch), Nr. 10—11 und 11—14. 1925.

der *Pendeschen* Temperamentsschilderungen diejenigen des hypothyreotischen und des suprarenalen Temperaments an.

Das hypothyreotische Temperament.

Habitus kurz und stämmig. Körpergröße kleiner als die mittlere; Neigung zu Fettablagerungen, hauptsächlich im Gesicht, am Hals und in der supraklavikulären Gegend; der Längendurchmesser ist ungenügend, der Breitendurchmesser hingegen ist vergrößert; besonders entwickelt ist der Rumpf und noch mehr der Bauch im Gegensatz zu der schwachen Entwicklung der Extremitäten. Der Kopf ist groß, der Hals kurz und dick, die Arme sind kurz und plump, kleine ausdruckslose Augen, kurze, dicke Nase, ein rundes Gesicht mit wenig entwickelten, nicht charakteristischen, ausdruckslosen Gesichtszügen, mangelhafte Haarentwicklung an Kopf, Augenbrauen (hauptsächlich letztes Drittel), an Körper und Gliedmaßen. Die Haut ist dick, wie geschwollen, mit ungenügender Schweißabsonderung, schwacher Pigmentation, von einer blaßgelben, schmutzigen Verfärbung, runzelig, mit herabgesetzter Widerstandsfähigkeit gegen Infektion. Frühzeitige Alopezie. Dystrophie der Zähne und der Nägel. Die Muskulatur ist gewöhnlich gut entwickelt, nicht elastisch, aber kräftig. Die Geschlechtsmerkmale sind gut ausgesprochen, die geschlechtlichen Funktionen weisen keine Abweichungen auf. Das linke Herz und das Schlagadersystem sind im Vergleich mit dem rechten Herzen und dem lymphatisch-venösen System nicht genügend entwickelt. Es besteht eine Neigung zu Herzerweiterung und zur Lymphgefäßerweiterung und Phlebektasien mit Stauungen. Der Blutdruck ist niedrig, habituelle Bradykardie, langsame Reizbarkeit der Vasomotoren, Akrocyanose, die Extremitäten frieren oft. Seitens des Magens ist Bradygastrie und Hypertonie zu vermerken. Neigung zu Verstopfungen. Die Elemente des Blutes sind mangelhaft entwickelt mit Modifikationen von lympho-chlorotischen Typus mit einem Mangel an normalen Antikörpern. Große Toleranz den Kohlehydraten gegenüber. Neigung zur Anhäufung von Wasser und Chlor in den Geweben, langsame Oxydation und Ausscheidung der Produkte des Eiweißstoffwechsels, wodurch nicht selten rheumatische Schmerzen toxischen Charakters in den Bändern, Muskeln und in den Gelenken bedingt werden; Kopfschmerzen, frühzeitige Arteriosklerose, Fettablagerung, verlangsamter Stoffwechsel. In funktioneller Hinsicht ist die Langsamkeit und die Schwäche aller organischen Reaktionen die Regel. Die Spannung des sympathischen Systems ist herabgesetzt bei einem Überwiegen der Nervus vagus-Funktion. Psychisch—Apathie, Langsamkeit aller psychischen Prozesse. Die intellektuellen Fähigkeiten sind nicht voll entwickelt und sind nie hervorragend; in der Mehrzahl der Fälle unter dem Mittelmaß (mit Ausnahme jener Fälle, wo es sich um

ein gemischtes hyper- und hypothyreotisches Temperament handelt). Frühzeitiges Altern des ganzen Organismus. Große Toleranz Jodpräparaten, Thyreoidin und Adrenalin gegenüber.

Das hypersuprarenale Temperament.

Apoplektischer Typus mit einer verstärkten Entwicklung und Tonus der Muskulatur, übergroße Muskelkraft, Blutdruck übersteigt das Mittel. Neigung zur Hypertrophie des linken Herzens, die peripheren Arterien sind hypertensisch. Große moralische und geistige Energie. Euphorie. Bei Frauen allgemeine Verfettung, reichliches Haarkleid von männlichem Typus, frühzeitige geschlechtliche Reife mit einer Neigung zur Dissoziation des geschlechtlichen Charakters.

Wir erkennen in diesen Schilderungen *Pendes* genau dieselbe Beschreibung der *hypothyreotischen Konstitution*, wie sie bei *Julius Bauer* in seinem Buche: „Die konstitutionelle Disposition zu inneren Krankheiten“¹⁾ gegeben ist. Es fragt sich nun, ob es einen Sinn habe, den uns allen gut bekannten inhaltvollen Begriff der Konstitution durch den psychologischen Begriff: „Temperament“ zu ersetzen, wo es doch bei der Unbestimmtheit dieses nicht einmal rein konstitutiologischen Begriffs und bei seinem Unvermögen, den Terminus Konstitution zu verdrängen, unbedingt zu Begriffsverwirrung kommen muß. Andererseits ist es aber fraglich, ob man das, was *Pende* „Temperament“ nennt, einfach „Konstitution“ zu bezeichnen hat, denn es handelt sich in allen diesen Fällen um eine Hypo- oder Hyperfunktion einer oder mehrerer inkretorischer Drüsen, also um eine *Abweichung* von dem normalen Konstitutionstypus, um eine *Konstitutionsanomalie*. Und so wollen wir nachfolgend von einer *sehr seltenen Konstitutionsanomalie*, der hypothyreoid-hypersuprarenalen Konstitutionsanomalie, erzählen.

Wie die Bezeichnung allein für sich spricht, handelt es sich um eine Konstitutionsanomalie, wo sich eine Hypofunktion der Schilddrüse mit einer Hyperfunktion der Nebenniere verbindet. Es muß aus einer solchen Verbindung ein recht eigenartiges, konstitutiologisch besonders interessantes Bild resultieren, wie es auch in der Tat im folgenden Falle zur Beobachtung kam.

M. J. L.²⁾, Ehefrau, 27 Jahre alt. Stammt aus einer gesunden Familie. Ist selbst immer gesund gewesen, machte aber 1915 einen Thyphus abdominalis durch.

Menstruation mit 11 Jahren. Die Menses dauern 7 Tage lang, sind etwas profus, treten regelmäßig alle 4 Wochen auf, sind *schmerzhaft*. Die Dysmenorrhöe blieb auch in der Ehe bestehen.

Patientin machte eben ihre 7. Schwangerschaft und 2. Entbindung durch. 5 mal ließ sich Patientin einen Abort in der 10. Woche der Schwangerschaft machen.

Die Entbindung dauerte 26 Stunden und 10 Minuten, verlief ohne Kompli-

¹⁾ 3. Aufl. S. 116. Berlin: Springer 1924.

²⁾ Journalnummer 4074. Mai 1925.

kationen, man könnte aber dennoch nicht von einer Eutokie sprechen. Allerdings erwies sich das neugeborene Mädchen besonders groß und hatte ein Gewicht von 4300 g bei einer Körpergröße von 56 cm, Kopfumfang 36 und Brustumfang 38 cm. Die Beckenmaße der Patientin sind 26, 29, 34 und 22. Das Becken ist also eher weit und weist auch sonst keine Abweichungen von der Norm auf.

Die äußeren Genitalien o. B. Die inneren Organe scheinen gesund zu sein. *Die Leber ist deutlich vergrößert.* Lungenbefund fällt negativ aus, überall vesikuläres Atmen. Das Herz nicht vergrößert, keine Geräusche. *Blutdruck 160!* Der Puls schwankt zwischen 70—80 Schlägen in der Minute.

Das Puerperium verlief normal. Patientin hat sich über nichts zu beklagen, leidet nur an hartnäckigen Obstipationen.

Beim Lesen dieser kurzen Krankengeschichte könnte man glauben, man habe da mit einem ganz gewöhnlichen Falle eines normal verlaufenden Partus zu tun, und man wüßte nicht recht, was mit dem Falle anzufangen sei. Außer einer vielleicht nur partiellen Frühreife in sexueller Hinsicht (Menarche mit 11 Jahren, wo sie gewöhnlich zwischen dem 14. und 16. Jahre auftritt) ist nichts Auffallendes da. Doch haben wir noch nichts vom Habitus und den sonstigen konstitutionellen Eigentümlichkeiten und Charaktereigenschaften unseres Falles erzählt.

Vor allem springt in die Augen *eine besonders starke Hypertrichose männlichen Typus, die sich merkwürdigerweise nur auf die untere Hälfte des Körpers ausdehnt!* Durch die Mitte des Bauches, etwa auf der Höhe des Nabels, geht eine Linie, die *scharf* die obere von der unteren Hälfte des Körpers, was das Haarkleid betrifft, trennt. Sind das Gesicht, Hals, Schultergürtel, obere Extremitäten, Brust, Rumpf und obere Hälfte des Bauches bis zum Nabel *ganz frei von Haaren*, und die Haut ist überall da rosig weiß, stellenweise zart durchsichtig, so ist die untere Körperhälfte, insbesondere der untere Teil des Bauches, die Geschlechts- und Aftergegend und die Beine von einem dichten Haarkleid bedeckt, wie es selbst bei Männern selten vorkommt. Im Gegensatz zu den weichen blonden seidigen Haaren des Kopfes sind die Haare am unteren Körperteil der Pat. dunkel, rauh und im Durchmesser bedeutend dicker als die Kopfsch Haare. Die Haut selbst ist an diesen Stellen dicker, derber, streckenweise lederartig rauh und scheint auch dunkler zu sein als an der oberen Körperhälfte, eine Wirkung, die gewiß durch das dunkle Haarkleid erwirkt wird.

Die Körpergröße der Pat. erreicht das Mittel nicht, und bei ihrer Korpulenz erscheint Pat. noch kleiner als sie wirklich ist. Das Gesicht ist rund, fettreich, die Haut pastös, aber von frischer, rosiger Farbe. Die Kopfbehaarung ist dicht, auch die Augenbrauen sind gut entwickelt. Die bläulich grauen Augen sind klein und verlieren sich ganz im Gesichtsfett. Die Nase ist dick und rund, die Lippen sind dick und wulstig, die obere Lippe so unschön aufgeworfen, daß sie das noch immer nicht ganz unangenehme Gesicht entstellt. Der Lippenbau der

Pat. erinnert stark an hypothyreotische Kinder, so daß man bei unserer Pat. von einem *partiellen hypothyreotischen Infantilismus* sprechen könnte. Der Hals ist kurz und dick, die Hände sind kurz, plump; etwas Brachydaktylie. Am ganzen Körper überall große Fettanhäufungen; besonders fettreich ist der Bauch, der darum sehr groß erscheint und in Dysproportion mit allen anderen Körperteilen steht.

Der erhöhte Blutdruck bei der Pat. steht offenbar im Zusammenhang mit der Hyperfunktion der Nebenniere, die, wie es scheint, überhaupt der vollständigen Entwicklung des hypothyreoiden Symptomenkomplexes im Wege steht, ohne ihn allerdings ganz unterdrücken zu können, was ja aus dem z. T. hypothyreoiden Habitus der Pat. zu ersehen ist. Die Menorrhagien, die Dysmenorrhöe, die Ödembildung, die Gesichts- und Körperformen und viele andere Einzelheiten in Körperbau und -funktionen der Pat. sprechen mehr als genug für die bei ihr bestehende Hypothyreose.

Was die psychische Seite unserer Pat. betrifft, so ist sie ganz hypothyreotisch. Pat. ist von Natur her phlegmatisch, zeitweise apathisch, und scheint wenig Interesse für Menschen und Dinge zu haben. Alle ihre psychischen Reaktionen gehen langsam vor sich, und man muß Geduld haben und die Pat. gut kennen, um sich nicht über das Ungereimte in ihrem persönlichen Verkehr unnütz aufzuregen. Zeitweise macht sie den Eindruck einer gutmütigen, sanften, anhänglichen Natur, die aber intellektuell etwas zurückgeblieben ist. In Wirklichkeit aber ist die Intelligenz der Pat. ihrem Bildungsgrade entsprechend.

Wie man aus unserer Beschreibung ersieht, besteht bei der Pat. ein Symptomenkomplex, der einerseits auf eine Hypofunktion der Schilddrüse, andererseits auf eine Hyperfunktion der Nebenniere hinweist mit einer Verteilung der Symptome, die in der oberen Körperhälfte den Hypothyreismus, in der unteren Körperhälfte den Hypersuprenalismus hervorhebt! Fast wäre man aus diesem Umstand geneigt zu glauben, daß die Wirkung einer inkretorischen Drüse in ihrer nächsten Nähe am stärksten sei und die von ihr am entferntesten liegenden Körperteile gar wenig von ihr beeinflußt werden. Doch nicht darum handelt es sich hier. Wichtig ist hier sich zu merken, daß jede inkretorische Drüse sogut wie eine autonome Energiequelle ist, die sich unbekümmert um anderweitige Einflüsse betätigt, so daß die korrelativen Wirkungen der inkretorischen Drüsen aufeinander wahrscheinlich unbedeutend sind. Es wäre z. B. ganz falsch, zu denken, daß die Hyperfunktion der Nebenniere durch die Hypofunktion der Schilddrüse irgendwie begünstigt worden sei, denn sodann müßten wir in jedem Falle von Hypothyreose eine Hyperfunktion der Nebenniere erwarten, was in Wirklichkeit gar nicht der Fall ist; darin besteht ja die Seltenheit unseres Falles, daß wir Hypothyreose mit Hypersupra-

renalismus zugleich vor uns haben, ohne sagen zu können, welche von diesen Konstitutionsanomalien zuerst aufgetreten und die andere etwa begünstigt habe. Richtig ist, zu denken, daß beide Anomalien angeboren sind, also beide immer zugleich bestanden haben und wir es mit *einer* Konstitutionsanomalie zu tun haben, die ihren Grund in einer fehlerhaften Keimanlage des inkretorischen Systems haben mag.

Zusammenfassung.

Jene Körperzustände, die durch eine *Dysfunktion*¹⁾ der inkretorischen Drüsen (Hypo- oder Hyperfunktion einer oder mehrerer Blutdrüsen) bedingt werden, sind weder als „Temperament“, noch einfach Konstitution zu bezeichnen, sondern *Konstitutionsanomalie* zu nennen, denn wir haben es nicht mit einer normalen Konstitution, sondern mit einer *Abweichung* von dem normalen Typus zu tun.

In der Arbeit wird eine seltene *Konstitutionsanomalie* unter dem Namen hypothyreoid-hypersuprenale Konstitutionsanomalie beschrieben. Neben einer suprenalen Frühereife mit suprenaler Hypertrichose und einigen anderen hypersuprenalen Symptomen besteht ein typischer Symptomenkomplex der Hypothyreosis. Da beide Symptomenkomplexe sich in gleicher Weise scharf hervorheben, ist man ganz berechtigt, von einer hypothyreoid-hypersuprenalen Konstitutionsanomalie zu sprechen.

¹⁾ Der Begriff Dysfunktion besteht *neben* den Begriffen Hypo- und Hyperfunktion zur Bezeichnung einer *qualitativen* (und nicht quantitativen) Störung einer Organfunktion. Wie weit eine Dysfunktion ganz unabhängig von einer Hypo- oder Hyperfunktion bestehen kann und nicht auf eine „bloße“ quantitative (Hypo- und Hyper-) Störung der Funktion bezogen werden darf, bleibt dahingestellt.