

Pubertätsgynäkomastie

Jungen mit schnell ablaufender Pubertät können relativ häufig eine Pubertätsgynäkomastie bekommen. Diese idiopathische Gynäkomastie ist ein harmloser Befund. Keine Therapie, vor allem kein Testosteron geben (Professor Dr. D. Knorr, Universitäts-Kinderklinik München)! Da der Befund einen Jungen psychisch schwer belasten kann und die Gynäkomastie oft wenig Neigung zur Spontanrückbildung zeigt, ist in erster Linie psychische Führung und gelegentlich auch einmal operative Entfernung der Brustdrüsen erforderlich. Maligne Entartung ist in diesem Alter praktisch nicht zu befürchten. – Differentialdiagnose: Gynäkomastie beim Klinefeltersyndrom und bei Mangel an 17-Ketosteroid-Reduktase. Auch Rauwolfia, Digitalisglykoside und einige Psychopharmaka können eine Gynäkomastie verursachen.

(76. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde, September 1979, Karlsruhe)

Das latente Prostatakarzinom

Beim latenten Prostatakarzinom handelt es sich um ein histologisch eindeutiges Prostatakarzinom, das erst bei der Autopsie entdeckt wird. Man findet es (Professor Dr. G. Dhom, Pathologisches Institut der Universität des Saarlandes, Homburg/Saar) in der Prostata von 36 Prozent der Männer jenseits des 45. Lebensjahres. Mit jedem Lebensjahrzehnt nehmen die Tumorerde an Zahl und Größe zu. Histologisch handelt es sich überwiegend um hochdifferenzierte Karzinome. Aber auch alle anderen Formen des Prostatakrebses kommen vor. – Das latente Prostatakarzinom zeigt geographische Häufigkeitsunterschiede: Es ist häufiger und ausgedehnter in

den Regionen der Welt, in denen auch die Inzidenz und Mortalität des klinisch manifesten Prostatakarzinoms hoch ist. Alle Überlegungen über Früh- und Vorstadien des Prostatakarzinoms müssen sich an der Häufigkeit echter, aber meist latent bleibender Krebsherde in der Prostata orientieren (Dhom).

(32. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Pathologie, Juni 1979, Stuttgart)

Vor der Schwangerschaft Röteln-Antikörpertiter bestimmen

Noch immer werden nicht wenige Kinder geboren, deren schwere Mißbildungen auf eine Infektion der Mutter mit Rötelnvirus während der ersten Schwangerschaftshälfte zurückzuführen sind (Hörschäden, Cataracta, angeborene Herzfehler, Hirn- und Entwicklungsschäden), (Professor Dr. H. Spiess, Kinderpoliklinik der Universität München). Längst nicht alle Mädchen machen Röteln als Kinder durch. Hierzulande ist die stumme Feiung der Bevölkerung durch die an sich harmlose Erkrankung erst mit 30 bis 40 Jahren komplett. Vorher infizieren sich gerade in der Frühschwangerschaft viele Frauen mit Rötelnviren. Immerhin ist auch hierzulande noch immer eins von tausend lebendgeborenen Kindern durch die Rötelninfektion der Mutter schwer mißgebildet. Generelle Schutzimpfung der Mädchen vor Beginn des Generationsalters hat sich mangels Nachdruck seitens der Schulbehörden nicht durchgesetzt. Deshalb sollte man bei jeder Frau vor Planung des ersten Kindes (andernfalls geht es sowieso nicht) wenigstens die Röteln-Antikörpertiter bestimmen und gegebenenfalls impfen.

(Tagung der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Viruskrankheiten, Mai 1979, München)

Polymyalgia rheumatica

Die Polymyalgia rheumatica ist als eine eigenständige Krankheit aufzufassen, die unter Glukokortikoidtherapie ad integrum ausheilt und die Lebenserwartung nicht beeinflußt (Professor Dr. H. Kaiser, I. Medizinische Klinik der Städtischen Krankenanstalten Augsburg). Dieses Ergebnis brachten die Nachuntersuchungen bei 35 Patienten 1 bis 13 Jahre nach Ausheilung einer Polymyalgia rheumatica. Soweit Beschwerden und Schmerzen bestanden, handelte es sich um degenerative Gelenk- und Wirbelsäulenveränderungen. Die Blutsenkungsreaktion war bei ihnen allen nicht erhöht. Auch die Leberveränderungen, die die Krankheit meistens begleiten, heilten durchwegs unter der Therapie aus.

(IX. Europäischer Kongreß für Rheumatologie, September 1979, Wiesbaden)

Transferfaktor bei Polyarthrit

Die Störung der lymphozytären Reagibilität bei chronischer Polyarthrit kann durch Transferfaktor – gewonnen aus einem Lymphozytenextrakt und davon je eine Einheit sechs Wochen lang wöchentlich gegeben – deutlich verbessert werden (Carmen Georgescu, Institut of Internal Medicine, Sos. Stefan cel Mare 19, Sektion 2, Bukarest/Rumänien). Von zwanzig Patienten mit chronischer Polyarthrit im Stadium II und III (BSG über 40 mm/h, mit vielen rosettenförmigen Lymphozyten) konnten 15 mit günstigen klinischen und biochemischen Ergebnissen behandelt werden. Unter dieser relativ spezifischen Therapie konnte auch ein Gleichgewicht der Helfer- und Suppressor-T-Zellen erreicht werden. WP

(IX. Europäischer Kongreß für Rheumatologie, September 1979, Wiesbaden)