

Wahrnehmungsfähigkeit im Affekt

Affektive Erregung kann die Sinnesstätigkeit trüben oder einengen, aber in einzelnen Bereichen auch schärfen. Ob eine Feststellung unmittelbar im Wahrnehmungsprozeß oder erst später reflektierend verändert worden ist, und ob dann die späteren Aussagen zuverlässig und beweiskräftig sind, läßt sich nur unter dem Gesichtspunkt psychologischer Schlüssigkeit an Hand der Tatbestandsfeststellungen abwägen (Professor Dr. M. Schrenk, Direktor des Instituts für Klinische Psychologie der Universität des Saarlandes und Professor Dr. R. Cohen, Ordinarius für Psychologie an der Universität Konstanz). Beide Wissenschaftler gaben aus der Sicht ihrer Erfahrungs- und Forschungsbereiche einen breit gefächerten Überblick über allgemeine Grundlagen der Wahrnehmungspsychologie. Die Diskussion mit dem Mainzer Strafrechtslehrer Professor Dr. J. Krümpelmann machte die Schwierigkeiten der Verständigung deutlich, wenn es um psychologische Zuordnung und rechtliche Wertungen im Umfeld des Affektes geht. **Bes**

(20. Tagung der Arbeitsgemeinschaft für forensische Psychopathologie in der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin, April 1978, Konstanz)

Pädiatrische Urologie bei Myelozele

Acht von zehn Kindern mit angeborener Myelozele haben im Rahmen ihrer Querschnittslähmung eine neurogene Blasenstörung. Diese Harninkontinenz beeinträchtigt die soziale Rehabilitation wegen der Geruchsbelästigung und die körperliche Gesundheit wegen der praktisch unausbleiblichen aufsteigenden Harnwegsinfektion. Beides kann

heute recht gut behandelt werden (Prof. Dr. E. Straub, Universitätskinderklinik Mainz). Die Harnkontinenz kann auf rein konservativem Wege oder durch konservative Chirurgie verbessert werden. Die ohne Therapie fast immer in Urämie übergehende aufsteigende Nephropathie wird durch künstliche Harnableitung (Kolon-Conduit und Hautfistel mit modernem hermetischem Verschuß) praktisch immer verhütet. Diese Fistel muß rechtzeitig angelegt werden, solange die oberen Harnwege noch intakt sind. **WP**

(30. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie, September 1978, Freiburg)

Kein Eisen in den ersten Lebenswochen

Bei Frühgeborenen ist es zumindest in den ersten acht Lebenswochen nicht notwendig, Eisen zu substituieren. Frühzeitige Eisengabe hat vielmehr einen negativen Einfluß auf die Hämoglobinkonzentration gegen Ende des zweiten Lebensmonats (Dr. H. Böhles, Universitätskinderklinik Erlangen). In den ersten Lebenswochen werden die Erythrozytenmembranen vor Peroxidation durch freie Radikale und durch Vitamin E geschützt, das bei Frühgeborenen sowieso nur in niedrigen Konzentrationen gefunden wird. Dieser Effekt wird durch frühzeitige Eisengabe bei Frühgeborenen deutlich gemindert; denn Eisen vermindert einmal die Vitamin-E-Resorption und katalysiert auch die Peroxidation (Folge: Hämolyse). Auch Milch, die mit Vitamin E angereichert ist, scheint die negativen Folgen von vorzeitigem Eisengaben bei Frühgeborenen nicht zu unterbinden. **WP**

(75. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde, September 1978, Freiburg)

Knochenmetastasen des Prostatakarzinoms

Myelotomie am vorderen Beckenkamm ist ergiebiger als einfache Knochenstanzbiopsie. Damit werden immerhin bei fast 80 Prozent aller Patienten mit Prostatakarzinom Knochenmetastasen nachgewiesen (Professor Dr. R. Burkhardt, Medizinische Universitätsklinik Innenstadt, München). Knochenmetastasen des Prostatakarzinoms werden vom Organismus offenbar eine Zeitlang in Schach gehalten (Lymphozyten, Mastzellen, Granulozyten, Knochenanbau). Solange die Metastase nicht direkt an den Blutkreislauf angeschlossen ist, bleibt sie größtenteils beschränkt. Osteolytische Prostaglandine spielen (im Gegensatz zu den Metastasen der Bronchial- und Mammakarzinome) bei den Knochenmetastasen des Prostatakarzinoms offenbar keine Rolle. **WP**

(Fortbildungstagung des Tumorzentrums München, November 1978, München)

Verbrennungen im Kindesalter

Die Lokalbehandlung hat folgende Ziele zu berücksichtigen: Infektionen verhüten, sekundäre Schäden tiefer Hautabschnitte vermeiden, Flüssigkeits-, Eiweiß- und Elektrolytverluste so niedrig wie möglich halten und die Resorption von Toxinen mindern (Prof. Dr. J. Waldschmidt, Klinikum Steglitz der FU, Abteilung Kinderchirurgie, Berlin). Als Sofortmaßnahme am Unfallort sollte die bedeckende (und eventuell noch glühende) Kleidung entfernt werden. Die Wundflächen sind unter fließendem kaltem Wasser zu kühlen und zu reinigen. Anschließend steril verbinden. Sofort in die Klinik. **WP**

(16. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie, September 1978, Freiburg)