

**Zur Überwindung der gegenwärtigen Grenzen**

Eine weitere Verfeinerung der Operationstechnik wird das Gesamtergebnis der durchgreifenden Hornhauttransplantationen kaum beeinflussen. Nicht die technischen, sondern die transplantationsbiologischen Probleme sind heute Hauptursache der Mißerfolge. Es fehlt an Einsicht in die Funktion der Hornhautzellen und insbesondere in die des Endothels. Man weiß noch zu wenig über das Verhalten von Hornhautendothelzellen nach Trauma, pH-Wechsel und Temperaturveränderungen sowie über die Wechselwirkung zwischen Endothel, Stroma und Epithel. Auch die Kenntnisse über den Einfluß von Kammerwasseränderungen auf das Endothel einer normalen oder transplantierten Hornhaut sind noch gering. Die Regeneration des geschädigten Endothels ist kaum zu beeinflussen, da es immer nach der Transplantation geschädigt wird.

Vor allem aber muß man lernen, die Antigen-Antikörperreaktion, die für die Eintrübung vieler durchgreifender Hornhauttransplantate verantwortlich ist, zu beherrschen. Es ist deshalb naheliegend, Histokompatibilitätsprüfungen an Empfänger und Spender durchzuführen, denn ein allogenes Transplantat hat beste Aussichten, klar zu bleiben, wenn der Empfänger viele Isoantigene des Spenders aufweist.

Die Langzeitkonservierung der Hornhaut bietet die Möglichkeit, Hornhautspendermaterial, dessen Antigene bekannt sind, in einer Augenbank lange aufzubewahren. Nach Antigenbestimmung kann das optimale immunbiologische Spendermaterial von der Bank angefordert und transplantiert werden. Mit dieser Möglichkeit besitzt die Hornhautchirurgie gegenüber allen anderen transplantierenden Fachgebieten einen Vorsprung, ohne ihn zu nutzen.

Die Konservierung von Spendermaterial bedeutet Hornhautfor-

schung und Zusammenarbeit zwischen Institut und Klinik. Nur wenn diese Zusammenarbeit verwirklicht wird, besteht die Hoffnung, gegenwärtige transplantationsbiologische Probleme zu überwinden.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:

Professor Dr. med.  
Friedrich Otto Mueller  
Städtische Krankenanstalten  
Winterberg  
66 Saarbrücken

**ECHO**

**Zu: „Frührehabilitation nach Herzinfarkt“ von Prof. Dr. med. Kurt König, in Heft 32/1974, Seite 2365 ff.**

„... Die Vorteile der Frühmobilisation und Frührehabilitation, die den Patienten physisch und psychisch wieder auf ein normales Familien- und Arbeitsleben vorbereiten, zeigt Prof. Dr. Kurt König, Chefarzt der Herz- und Kreislaufklinik Waldkirch bei Freiburg, in einem Aufsatz im DEUTSCHEN ÄRZTEBLATT. Er weist aber auch darauf hin, daß vorerst noch relativ wenige Patienten in den Genuß solcher Heilverfahren kommen, weil noch nicht genügend speziell eingerichtete Rehabilitationszentren in der Bundesrepublik bestehen. Auch verhielten sich viele Ärzte noch abwartend, oder sie seien unzureichend über die verfügbaren Möglichkeiten informiert ...“ (Ruhr-Nachrichten, Dortmund).

**Diagnostik**

**Bei einem Insulinom** kann es vorkommen, daß nach provokativer Applikation von Leucin, Tolbutamid und Glukose nicht exzessiv Insulin ausgeschüttet wird. Diese sogenannte Sekretionsstarre für Insulin nach einem Provokationstest kommt zwar selten vor, sollte aber als Charakteristikum eines autonomen Inselzelltumors ernst genommen werden. In unklaren diagnostischen Fällen ist es ratsam, an dieses atypische Reaktionsmuster zu denken. An der Medizinischen Hochschule Hannover konnte vor kurzem eine derartige Insulinsekretionsstarre bei einem Patienten beobachtet werden. Ein halbes Jahr nach dem ersten vergeblichen Versuch ließ sich das vermutete Insulinom diagnostizieren. Ein Hungertest ergab pathognomonische Werte; bei reduziertem Blutzuckerspiegel waren die basalen Insulinspiegel erhöht. cb

(Lucke, C. et al.: Med. Klin. 69 [1974] 1456–1459)

**Die Frühdiagnose des Myokardinfarkts** ist mit Hilfe der herkömmlichen und oft zeitraubenden Apparaturen nicht immer rasch genug zu stellen. Mit den einfacheren handhabenden Kleinkardioskopen kann auf diesem Gebiet möglicherweise Abhilfe geschaffen werden. Die Dreibein-Elektrodenplatte dieser Geräte kann auf jede beliebige Stelle der Thoraxwand aufgesetzt werden und visualisieren sekundenschnell kardioelektrische Potentiale. Diese Kleinkardioskope wurden bislang in der Diagnostik kardialer Rhythmusanomalien, speziell der Asystolien, eingesetzt. Es ergab sich aber, daß man mit ihnen auch von der Thoraxwand elektrokardiographische Kurven ableiten kann, die den bislang umständlicher zu gewinnenden und konventionellen aVF-, III- oder V<sub>2</sub>-Ableitungen in ihrer diagnostischen Wertigkeit gleichkommen. cb

(Kawel, H. G.; Finkewitz, D.: Med. Welt 25 [1974] 1365–1367)