

kardkontusion oder eine Störung der Koronarzirkulation gedacht werden. Klinisch ist eine Unterscheidung kaum möglich. Zumindest in Zentren mit der Möglichkeit koronarchirurgischer Eingriffe sollte im Hinblick auf eine Intervention zur Revaskularisation eine Sicherung der Diagnose durch eine sofortige Koronarangiographie in Erwägung gezogen werden.

Literatur

- (1) Borodkin, H. D., Franklin, O.: Myocardial Trauma Produced by Nonpenetrating Chest Injury. *Am. Heart J.* 53, 795 (1957).
- (2) Cohn, P. F., Braunwald, E.: Traumatic Heart Disease. In: *Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine*. Hrsg.: E. Braunwald, W. B. Saunders, Philadelphia 1980.
- (3) Committee on Trauma and Committee on Shock: *Accidental Death and Disability: The Neglected Diseases of Modern Society*. National Academy of Sciences, p. 5. Washington D. C. 1965.
- (4) Fletcher, A. M., Seward, J. B., Gersh, B. J., Tajik, A. J., Mucha, P.: Two-Dimensional Echocardiographic Findings in Cardiac Trauma. *Am. J. Cardiol.* 50, 1022 (1982).
- (5) Harthorne, J. W., Kantrowitz, P. A., Dinsmore, R. E., Sanders, A.: Traumatic Myocardial Infarction. Report of a Case with Normal Coronary Angiogram. *Ann. Intern. Med.* 66, 341 (1967).
- (6) Jackson, D. H., Murphy, G. W.: Nonpenetrating Cardiac Trauma. *Mod. Conc. Cardiovasc. Dis.* 45, 123 (1976).
- (7) Jenkins, J. L., Nishimura, A.: Coronary Artery Obstruction and Myocardial Infarction Resulting from Nonpenetrating Chest Trauma. *Texas Med.* 71, 78 (1975).
- (8) Jones, L.: Transmural Myocardial Necrosis after Nonpenetrating Cardiac Trauma. *Am. J. Cardiol.* 26, 419 (1970).
- (9) Kennedy, W. J., Sridharan, M. R., Flowers, N. C.: Nonpenetrating Traumatic Complete Heart Block and Myocardial Infarction with Normal Coronaries. *Cath. Cardiovasc. Diagn.* 9, 63 (1983).
- (10) Lehmus, H. J., Sundquist, A. B., Giddings, L. W.: Coronary Thrombosis with Myocardial Infarction Secondary to Nonpenetrating Injury of Chest Wall. *Am. Heart J.* 47, 470 (1954).
- (11) Liedtke, A. J., DeMuth, W. E.: Nonpenetrating Cardiac Injuries: A Collective Review. *Am. Heart J.* 86, 687 (1973).
- (12) Meessen, H.: Pathologisch-Anatomische Befunde bei Herztraumen. *Langenbecks Archiv. Clin. Chir.* 282, 288 (1955).
- (13) Oliva, P. B., Hilgenberg, A., McElroy, D.: Obstruction of the Proximal Right Coronary Artery with Acute Inferior Infarction Due to Blunt Chest Trauma. *Ann. Intern. Med.* 91, 205 (1979).
- (14) Oren, A., Bar-Shlomo, B., Stern, S.: Acute Coronary Occlusion Following Blunt Injury to the Chest in the Absence of Coronary Arteriosclerosis. *Am. Heart J.* 92, 501 (1976).
- (15) Parmley, L. F., Manion, W. C., Mattingly, T. W.: Nonpenetrating Traumatic Injury of the Heart. *Circ.* 18, 371 (1958).
- (16) Rosenkranz, K. A.: *Die traumatische Herzschädigung*. Gebr. Giulini GmbH, Ludwigshafen 1970.
- (17) Symbas, P. N.: Cardiac Trauma. *Am. Heart J.* 92, 387 (1976).

BUCHBESPRECHUNG

J. J. Gerhardt, P. S. King und J. H. Zetzl: *Amputations*. Immediate and early prosthetic management. 305 Seiten, 514 Abbildungen und Tabellen. Hans Huber, Bern 1982. Kartoniert S 1450,70.

Mit viel eigener Erfahrung gehen die Autoren nach einer kurzen, historischen Übersicht, in der die bisherigen Entwicklungen auf dem Gebiet der Sofortversorgung Erwähnung finden, auf die eigenen, speziellen Techniken der Sofortversorgung ein. Nach einer exakten Beschreibung der eigenen Operationstechnik, in der jedoch auch andere Methoden aufgezeigt werden, wird die Gips- und Bandagierungstechnik der Sofortversorgung bis in das kleinste Detail anschaulich beschrieben und an Hand vieler Abbildungen erklärt. Auf mögliche Fehler wird immer wieder hingewiesen. Der Technik der Teilbelastung oder -entlastung wird ein großer Raum gewidmet. Abschließend wird ein kurzer Überblick über die eigenen Versorgungen, aber auch über die gängigsten Prothesentypen gegeben.

Dieser erste Teil des Buches ist für jeden mit der Amputation Beschäftigten insofern wertvoll, als das Zusammenwirken von Amputation und Prothesenversorgung voll zum Ausdruck kommt. Wenn auch die dargestellte, ausgefeilte Technik gelegent-

lich einen Chirurgen von der Sofortversorgung abschrecken könnte, so hat diese Darstellung doch den Vorteil, daß die Beschäftigung mit der Versorgung nach Amputation nicht zu einfach gesehen wird.

Die Frühversorgung, die im Buch nur kurze Erwähnung findet, ist zweifellos der in Europa am meisten angewendete Mittelweg. Die Kenntnis der übrigen Techniken und damit auch der dargestellten ist jedoch auch dafür wertvoll.

Es sollte demnach jeder amputierende Arzt, jede Schwester und jeder Therapeut sich immer dessen bewußt sein, mit wieviel Ambition und Fleiß an anderen Stellen amputierte Patienten betreut werden. Damit wird es vielleicht gelingen, an jeder chirurgischen Abteilung jenes Mindestmaß an Beschäftigung mit geriatrischen amputierten Patienten zu erzielen, das für eine Rehabilitation der Patienten, auch bei Zusammenarbeit mit Rehabilitationszentren, unbedingt erforderlich ist. Neben diesem Hauptgebiet findet sich auch eine exakte Beschreibung der entlastenden Gips-technik nach Frakturen der unteren Extremität. Ebenso ist ein Kapitel der klinischen Untersuchung nach der sogenannten Neutral-Null-Methode gewidmet.

H. Kristen/Wien