

absolute wird freilich unsere prognostische Sicherheit darum immer noch nicht sein, da einerseits mehrere Knochenstücke gleichzeitig abgesprengt sein können und nach Entfernung eines derselben ein anderes zurückbleibendes die Gelenkaffection unterhalten kann, und andererseits unter dem dauernden Einfluß eines im Gelenk lagernden Knochenstückes schließlich die Erkrankung des Gelenks eine so intensive werden mag, daß sie endlich auch durch die Beseitigung ihrer primären Ursache nicht mehr beeinflusst wird.

Von der letzteren Möglichkeit konnte ich mich vor kurzem bei einem 38jährigen Manne überzeugen, der in seinem 16. Lebensjahr heftig aufs Knie gefallen war und seit jener Zeit an der vorderen inneren Seite des Gelenks ein abgesprengtes Knochenstück fühlte, das gelegentlich heftige Einklemmungssymptome verursachte, wie man sie bei den echten Corpora mobilia beobachtet, obwohl das Knochenstück sich nicht völlig frei im Gelenk bewegte, sondern an seiner Stelle neben der Patella liegen blieb, wo es sich im Zusammenhange mit den Gelenkbewegungen in geringer Excursionsbreite hin- und herschob. Das ursprüngliche Gelenkleiden wurde  $1\frac{1}{2}$  Jahre nach dem ersten Unfall durch eine acute Osteomyelitis, die sich an der typischen Stelle am unteren Ende des Oberschenkels etablirte und im Laufe der Zeit mehrfache Incisionen, die Extraction kleiner Sequester u., nothwendig machte und eine schwach secernirende Fistel in der Kniekehle hinterlassen hat, die im Laufe der Jahre häufig längere Zeit geschlossen war, aber immer von Neuem aufbrach. Da das im Gelenk hin- und hergleitende Knochenstück heftige Beschwerden verursachte und die Gelenkbewegung selbst zu stören schien, so extirpirte ich dasselbe durch einen Längsschnitt neben der Patella. Die Wunde heilte trotz der in der Nähe bestehenden Fistel, die mich lange von der Operation zurückgehalten hatte, ohne Zwischenfall, so daß der Kranke schon nach 14 Tagen das Bett und meine Privatklinik verlassen konnte. Die Function des Gelenks war zwar kurze Zeit nach der Operation um Einiges gebessert und namentlich die Schmerzen hatten ganz aufgehört; aber deutliches Crepitiren und eine immer noch erhebliche Functionsstörung blieb auch später noch zurück, deren Ursache in einer selbstständigen Erkrankung des Gelenks, vielleicht in Folge der Osteomyelitis, möglicherweise aber auch in dem langdauernden Einfluß des abgesprengten Knochenstückes zu suchen sein dürfte. Das extirpirte Knochenstück zeigte folgende Eigenschaften. Bei einer Länge von  $2\frac{1}{2}$ , einer Breite von nahezu 2 cm war es schalig geformt, ganz ähnlich den traumatischen Gelenkkörpern, wie sie in der Poncet'schen Arbeit abgebildet und als typisch bezeichnet sind. Besonders auffallend war es mir, daß auch dieser Knochenkörper in toto von einem fest anhaftenden, an manchen Stellen sehnig glänzenden Bindegewebsüberzug umhüllt und so fest mit Theilen der Gelenkkapsel verwachsen war, daß er geradezu mit Messer und Schere aus dem Gelenk extirpirt werden mußte. Er stellte also, obwohl er bis zum gewissen Grade beweglich war, doch keineswegs einen Gelenkkörper im eigentlichen Sinne dar, sondern war morphologisch, klinisch und nach meiner Auffassung auch ätiologisch etwas durchaus anderes. Entfernt man die bedeckende Bindegewebslage, so findet man sehr harte Knochensubstanz, die auf der concaven Fläche mit Knorpel bedeckt ist und an einzelnen Stellen wie angenagt erscheint. Die mikroskopische Untersuchung des entkalkten Präparates ergab nach