

ARTÍCULO III.

COXALGIA.

La coxalgia es una afeccion, cuya invasion velada generalmente por una insidiosa oscuridad, pone por lo comun al médico en gran embarazo. El fenómeno dolor, por el cual se anuncia generalmente, es en algunos casos tan difícil de interpretar, que puede desconocerse su verdadera naturaleza. Si el médico aparece como ignorando la significacion de este síntoma, se expone á las mas penosas inculpaciones, y no se deja de atribuirle la responsabilidad de los graves accidentes que sobrevienen en seguida.

La coxalgia fué conocida por los antiguos. Hipócrates, Galeno, Pablo de Eguía hacen mencion de ella. Sin embargo, parece haber sido olvidada hasta 1722, época en que J. L. Petit la describió como una afeccion nueva. Despues fué objeto de trabajos numerosos. Solo citaremos las lecciones de Boyer, las obras de Larrey (1), de Brodie (2), de Palleta (3), de Humber y Jacquier (4), de Vicherat (5), de Bonnet (6), de Maisonneuve (7), de Parise (8), de Nélaton (9), de Labbé (10), de Martin y Collineau (11), y de Panas (12).

§ I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

La coxalgia es el tumor blanco de la articulacion ileo-femoral. Está caracterizada por la inflamacion con alteracion mas ó menos profunda de las partes que concurren á la formacion de la articulacion. Se la conoce con los nombres de *coxoartrocace* (Rúst), de *femoro-coxalgia*, de *luxacion sintomática* (Dupuytren), de *luxacion consecutiva ó espontánea* (Boyer), de *afeccion escrofulosa de la cadera*

(1) Larrey, *Mémoires et campagnes de chirurgie militaire*, t. IV. 1817.

(2) Brodie, *Traité des maladies des articulations*, traduccion de Marchant, Paris, 1819.

(3) Palletta, *Exercitationes pathologicae*, Milan, 1820.

(4) Humbert y Jacquier, *Essais et observations sur la manière de réduire les luxations spontanées et symptomatiques*, 1835.

(5) Vicherat, *Essai sur la coxalgie*, tesis 1840, n.º 357.

(6) Bonnet, *Mémoire sur l'influence des positions dans les maladies articulaires*, et *Traité des maladies des articulations*, t. II.

(7) Maisonneuve, *De la coxalgie*, tesis de concurso, 1844.

(8) Parise, *Recherches historiques, physiologiques et pathologiques sur le mécanisme des luxations spontanées du fémur* (*Archives de médecine*, Mayo, 1842), et *Mémoire sur l'allongement et le raccourcissement du membre inférieur dans la coxalgie* (*Archives de méd.*, Julio, 1843).

(9) Nélaton, *Éléments de pathologie chirurgicale*, t. II, p. 250.

(10) Labbé, *De la coxalgie*, tesis de concurso, Paris, 1863.

(11) Martin y Collineau, *De la coxalgie*, Paris, 1865.

(12) Panas, *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie*, artículo ARTICULACIONES, Paris, 1865. t. III.

(Brodie). Puede desarrollarse en todas las edades de la vida; sin embargo, es mas frecuente en la infancia y en la adolescencia. Su maximum de frecuencia se encuentra entre los diez y los quince años.

§ II.—Causas.

Se han invocado las causas mas diversas en la produccion de la coxalgia. Esta enfermedad, como en los tumores blancos, hay que clasificarla en dos grupos, segun su modo de accion. 1.º Las *causas predisponentes*, entre las que figuran en primera línea el *linfatisimo* y la *complexion escrofulosa*. Merced á esta disposicion, las mas ligeras provocaciones pueden dar lugar á esta enfermedad. Solo como predisposicion, es como sin duda alguna interviene la *herencia*, cuya influencia es incontestable. En cuanto á la *edad*, acabamos de decir que la coxalgia es patrimonio de la infancia. Asi Crocq (1) cuenta un 40 por 100 menores de diez años, y solo 22 por 100 mayores de esta edad. Se ha atribuido tambien una influencia á la repercusion de ciertos exantemas, como el *sarampion*, la *viruela*, y la *escarlatina*. El sarampion; segun Bonnet, es el que mas predispone á la artropatia. 2.º Las *causas ocasionales* son muy numerosas, y se puede hasta cierto punto, por lo general, rehusar su poder sin el concurso de la predisposicion; sin embargo, hay una que parece gozar de accion propia de incontestable eficacia; tal es la *tuberculizacion de la serosa* articular ó de las partes oseas que componen la articulacion. Los autores incluyen tambien la *sífilis* como causa de algunos tumores blancos de la cadera (Llord, Brodie, Drowther). A la par de la tuberculizacion y de la sífilis se coloca el *reumatismo articular*, pero cuya accion no tiene efecto evidente sino cuando una aptitud especial del organismo, se presta á la alteracion que constituye la coxalgia. Vienen despues las violencias exteriores, como las *caidas*, las *contusiones*, los *esguinces*, las *fatigas excesivas*, etc., etc. Estos pueden actuar directamente sobre los huesos de las articulaciones.

«Desde que las partes blandas articulares, dicen Martin y Collineau (2), son víctimas de las violencias exteriores, es menester admitir que las partes oseas están expuestas á sus efectos. La inmunidad de estos es casi una cuestion de casualidad. Depende del punto en que la potencia traumática choca con la resistencia opuesta por los tejidos orgánicos. ¿Cuántas violencias exteriores respetan las capas celulares fibrosas y musculares que cubren los huesos, para dirigir toda su accion destructora sobre la diafisis? Las periostitis, las osteitis, las fracturas directas, nos suministran ejemplos cotidianos.»

(1) Crocq (de Bruselas), *Traité des tumeurs blanches des articulations*, Bruselas, año 1853.

(2) Martin y Coullineau, *loc. cit.*, p. 366.

§ III.—Síntomas.

El dolor y la claudicación, una sensación de fatiga mas bien que dolor propiamente dicho; pereza en los movimientos del miembro, mejor que verdadera cojera, hé aquí en su susceptibilidad inicial las alteraciones precursoras de la coxalgia. La duración de este estado es de difícil apreciación, primero se escapa á la observación, y solo por el recuerdo es como se puede apreciar el momento de su aparición cuando ya hay agravación (Martin y Collineau).

El dolor suele ser muy violento desde el principio, y no es raro observar que en la estación vertical, en vez de tener las dos piernas en el mismo plano, se coloca la enferma sobre un plano un poco anterior; la rodilla de este lado forma un ligero relieve; la extensión de la pierna es incompleta, y la punta del pié mira hácia fuera. En la profesión la agilidad del miembro está disminuida, la punta del pié toca ligeramente el suelo.

Bien pronto se observan en el miembro enfermo variaciones de longitud real ó aparente. La pelvis se inclina trasversalmente y se dobla adelante, de tal modo que una de las crestas ilíacas descende, mientras que la otra se eleva y la parte inferior de la pelvis se dirige atrás. Los cambios de relación entre el fémur y la pelvis producidos por esta posición hacen parecer los dos miembros de diversa longitud á la vista y á la medida. Pero mientras que estas variaciones solo son aparentes, pueden hacerse reales, sea que el fémur del lado afecto sea mas corto que el otro, sea que su cabeza haya experimentado dislocación. Nélaton (1) hace observar que el acortamiento del fémur del lado enfermo solo se observa en los individuos que han presentado la coxalgia desde su infancia. El miembro condenado á la inacción durante la duración de la afección articular sobre una especie de atrofia, con detención del desarrollo, lo que produce entre los dos miembros una diferencia de longitud tanto mas pronunciada cuanto mas antigua sea la enfermedad. La luxación de la cabeza del fémur en la fosa ilíaca externa, ó su paso á través de la cavidad cotiloidea perforada, produce un acortamiento positivo, mientras que, por el contrario, hay prolongación cuando la luxación se verifica en la fosa oval.

Las desviaciones de la pelvis y dislocaciones del fémur se dan á conocer en los coxálgicos por las deformaciones de la cadera. El pliegue de la nalga sube ó baja, y en las niñas se observa que el grande labio correspondiente á la articulación enferma presenta una desviación en el mismo sentido que la del pliegue de la nalga. Esta es aplastada cuando el pliegue descende, y por el contrario, sálente cuando el pliegue ha subido. La región renal está fuertemente com-

(1) Nélaton, *Éléments de pathologie chirurgicale*, t. II, p. 264.

bada. Los movimientos de la articulación están disminuidos, y con frecuencia existe anquilosis.

Los síntomas generales que acompañan á la coxalgia no presentan nada fijo; puede suceder que la afección articular recorra las diversas fases de su evolución sin despertar reacción febril, aunque no es lo común. Lo mas frecuente es que se altere mas ó menos frecuentemente la economía entera. La fiebre, acompañada de escalofríos prolongados, vómitos, sed viva y ardiente, puede aparecer periódica ó continuamente; el sueño es incompleto; se pierde el apetito, las fuerzas se deprimen y se pronuncia el enflaquecimiento. Se produce una diarrea serosa que determina la producción del marasmo, en el que muy pronto cae la enferma.

§ IV.—Curso, duración y terminación.

La artropatía de la cadera puede afectar un curso lento, ó bien producir en pocas semanas la destrucción de la articulación. Generalmente la coxalgia experimenta en su evolución periodos de descenso, retrocesiones, y exacerbaciones. Puede curarse, aunque se hayan producido en las cabezas óseas alteraciones muy avanzadas. A veces el mal se detiene en su primer período; el dolor se apacigua y el miembro recobra su posición y dirección normales. Los movimientos recobran su integridad. La curación puede obtenerse en un período mas avanzado, cuando se han efectuado las dislocaciones del fémur. En estos casos, la anquilosis es un resultado relativamente feliz. Desgraciadamente lo mas frecuente es ver que la enfermedad sigue una progresión ascendente. Se forman abscesos alrededor de la cadera, y la supuración, empobreciendo el enfermo y determinando la fiebre hética, no tardan en hacerle sucumbir. Estos abscesos aparecen con frecuencia en la parte superior y externa del muslo, y otras veces por detrás del gran trocánter; también el fondo de la cavidad cotiloidea por la caries.

La duración de la coxalgia es generalmente larga, pudiendo contar años.

§ V.—Lesiones anatómicas.

Las lesiones anatómicas son las de los tumores blancos en general, produciendo sus destrozos en las diversas partes de la articulación; la sinovial y el tejido que la cubre, los huesos, los cartílagos y los ligamentos. La sinovial se inyecta, engruesa y se pone granulenta, en su superficie libre se elevan fungosidades que tapizan toda la cavidad articular donde se deposita una serosidad lactescente y purulenta. La inflamación no se limita á la serosa, se extiende mas ó menos profundamente en el tejido conectivo que la cubre y al tejido de igual naturaleza, que se prolonga entre los manojos musculares.

De un modo general, todos estos tejidos fibrosos engruesan, toman un aspecto grasiento, y en los períodos de agudeza de la flegmasia se producen abscesos.

Los cartílagos diartrodiales, desapareciendo, dan á la cavidad cotiloidea mayor amplitud. Las paredes están corroidas por la caries, y en algunos casos se perfora el fondo. Pueden encontrarse tubérculos en la sinovial y en las epífisis cuando han sido la causa provocadora de la coxalgia; pero es raro encontrar verdaderas cavernas que hayan servido de quistes á la produccion morbosa. La deformacion de la cavidad cotiloidea por la caries, y sobre todo la destruccion del suborde cotiloideo favorecen las dislocaciones del fémur. Las luxaciones llamadas espontáneas ó consecutivas son con frecuencia incompletas, y solo despues de tiempo y gradualmente se completan. Favorecidas por las modificaciones de las partes oseas se favorecen tambien por las alteraciones sobrevenidas en el aparato ligamentoso. El ligamento redondo se rompe con frecuencia, se desprende de sus inserciones ó se destruye por completo; la cápsula articular se distiende, ulcera y presenta soluciones de continuidad por donde se escapa el pus.

§ VI.—Diagnóstico y pronóstico.

El diagnóstico de la enfermedad confirmada no presenta dificultad; pero al principio de la afeccion no deja de ser oscuro, y sin embargo, en esta época es en la que el médico se ve en la necesidad de pronunciarle. La coxalgia se parece en su principio á enfermedades cuya expresion sintomática vamos rápidamente á pasar revista.

1.º El tumor blanco de la cadera tiene mas de una analogía con la osteitis de la epífisis. El dolor, la fiebre que sobreviene en un niño inmediatamente despues de la fatiga, la tumefaccion de la region coxal, y aun la supuracion, son síntomas que corresponden á ambas afecciones. Pero la osteitis epifisaria ataca, por lo comun muchas articulaciones á la vez, va acompañada de accidentes tifoideos, como hace observar Gosselin (1), y su error es progresivamente fatal.

2.º La *ciática* y la coxalgia se han tomado una por otra en su principio. Con el nombre de *ciática* ha descrito Palletta la artropatía de la cadera. Los dolores erráticos, la dificultad en los movimientos de la cadera, la actitud viciosa del miembro, son síntomas comunes á la coxalgia y á la *ciática*. Pero la demostracion de los puntos dolorosos situados en los puntos de envergencia del nervio afecto, precisa los caracteres de la nevralgia. Además, la posicion viciosa y la claudicacion presentan diferencias indicadas por Teisser (de Lyon) y presentados como sigue por Leon Labbé (2): «Si se pueden levantar los enfermos se observa que su modo de andar es diferente en uno y en otro

(1) Gosselin, *Mémoire sur les otéites épiphysaires des adolescents* (Archives générales de médecine, Noviembre 1858).

(2) Leon Labbé, *De la coxalgie*, tesis de concurso para agregacion. Paris, 1863.

caso. Los que sufren la nevralgia van doblados sobre sí mismos como saludando al andar, sin atreverse á contraer con violencia los músculos del muslo, mientras que el coxálgico los mantiene en una exagerada rectitud y les obliga á mover el miembro sin doblarle rozando el suelo con el pié.» (Véase el cuadro diagnóstico diferencial del artículo NEVRALGIA CIÁTICA, tomo I.)

3.º Hay aun otra afeccion esencialmente nerviosa que, mejor que la *ciática*, simula el tumor blanco ileo-femoral, hablamos de la curacion de la enfermedad descubierta por Brodie, y descrita por Lesauvage (1) y Robert (2), que ha reducido el nombre de *coxalgia histérica*. Haremos notar mejor el diagnóstico diferencial entre ambas afecciones presentando el siguiente cuadro trazado por Martin y Collineau (3):

1.º Dolor.

COXALGIA PROPIAMENTE DICHA.	COXALGIA HISTÉRICA.
Localizada en la cadera y en la rodilla.	No tiene sitio fijo, ocupa toda la extension del miembro.
Se exaspera por la presion, particularmente al nivel de la cadera y por los movimientos.	Se exaspera por la presion al nivel de las costillas falsas, del ileon y del maleolo.
Proporcionado a la energía de la presion.	Mas vivo por una ligera presion ejercida sobre la piel que por presion profunda.
Se opone al sueño provocando movimientos espasmódicos.	No altera el sueño ni provoca movimientos espasmódicos.

2.º Rigidez del miembro.

Debida al grado de los dolores en el centro articular, ya sea la cadera ó la rodilla.	Dependiente del grado de hiperestesia de los tegumentos y de los músculos.
---	--

3.º Desviaciones pelvianas.

Inclinacion y torsion de la pélvis producidos por el obstáculo en las funciones articulares.	Posicion viciosa producida por el predominio de ciertos músculos.
--	---

4.º Deformaciones de la piel.

Constantes, variables por sus caracteres con la forma y período de la enfermedad.	Nulas.
---	--------

(1) Lesauvage, *Arch. génér. de méd.*, 2.ª série, t. IX, p. 283.

(2) Robert, *Clinique chirurgicale*, p. 453.

(3) Martin y Collineau, *loc. cit.*, p. 391.

5.º Posicion del miembro.

Semi-flexion con abduccion y rotacion externa ó con abduccion y rotacion interna.	Extension completa.
---	---------------------

6.º Curso.

Curso lento con período de remision y exacerbacion. Aparicion de edema inflamatorio en el tejido celular de la region.	Estado indefinidamente estacionario. Edema debido á la turgencia de los vasos, desprovisto de todo carácter inflamatorio.
Inminencia de abscesos. Tension y calor progresivos de los tegumentos, fluctuacion profunda, flujo purulento.	No hay inminencia de absceso. Alternativas de calor y de frio sin provocacion de accidentes funestos.

7.º Alteraciones generales concomitantes.

Reaccion febril en relacion con la agudeza del estado inflamatorio local.	Alteraciones nerviosas histeriformes.
---	---------------------------------------

8.º Epoca de la invasion.

Pubertad.	Algunos años despues de la pubertad. Predominio muy marcado en la mujer.
-----------	---

9.º Terminaciones.

Agravacion progresiva, anquilosis, luxacion, muerte.	Desaparicion gradual en relacion con la debilitacion del estado nervioso.
--	---

El pronóstico de la coxalgia es generalmente grave, y varía segun el estado general del sugeto, la extension de los fenómenos locales y la presencia ó ausencia de los abscesos por congestion. Estos determinan casi siempre una terminacion fatal. Dada igualdad de circunstancias, la coxalgia es menos peligrosa en los primeros años de la vida que en cualquiera otra edad. Nélaton participa de esta opinion.

§ VII.—Tratamiento.

El tratamiento de la coxalgia, como el de los tumores blancos en general, se dirige, por una parte al estado general de la economía que sostiene la afeccion y la favorece en su origen y desarrollo; por otra procura remediar directamente los accidentes locales.

Si el exceso de actividad del sistema linfático y la complexion escrofulosa, que solo es la exageracion de este temperamento, tienen una accion manifiesta en la produccion de la artropatía que nos ocupa, deberemos dirigir contra este estado todos los recursos terapéuticos reconocidos como eficaces en semejante circunstancia. La medicacion antiescrofulosa, auxiliada de todas las prescripciones higiénicas que se opongan al desarrollo del escrofulismo y linfatismo, serán los primeros medios que deberán emplearse. Para no repetir aquí el detalle de estos medios, remitimos al lector, tomo I, pág. 480.

En cuanto á los agentes terapéuticos locales que tienen por objeto esencial combatir el estado inflamatorio de la articulacion, pero que exigen en su empleo mucho cuidado y precauciones, están muchas veces contraindicados, como vamos á ver.

1.º Los *antiflogísticos* que pueden dar servicios en algunos sugetos provistos de sangre rica, y en los que la afeccion presenta todos los caracteres de una inflamacion franca, deben siempre emplearse con cierto cuidado, pues debiendo sufrir la economía graves trastornos, debe evitarse el quitarla por las emisiones sanguíneas los medios de resistencia. No debemos olvidar que la coxalgia es por su naturaleza una afeccion crónica.

3.º Los *resolutivos* tienen á la verdad una eficacia muy dudosa. Aplicados sobre una articulacion sumergida en una gran masa de tejidos musculares y adiposo, apenas pueden ejercer su accion sobre las partes articulares.

3.º Los *revulsivos*, tales como el cauterio, el sedal, los vejigatorios, se han alabado y empleado generalmente.

Todos estos medios mas ó menos eficaces no producen ningun resultado si no se llena la indicacion capital, á saber, el reposo mas completo. Además de la inmovilidad, recomienda Bonnet (de Lyon) (1) como obligatoria la contencion. «La inmovilidad y la buena posicion de la cadera no pueden mantenerse por los solos esfuerzos de los enfermos, la fijeza exige aparatos apropiados.» La descripcion de estos aparatos pertenece á la cirugía (2).

ARTÍCULO IV.

MAL DE POTT.

La afeccion crónica de las vértebras conocidas con el nombre de *mal de Pott* no era desconocida de los antiguos. Hipocrates y Galeno hicieron mencion de ella. Avicena da una descripcion que deja poco que desear. Marco-Aurelio Severin y Mercurial la consideran con alguna extension. Traugott Gerber, en 1735, consideró las gibosidades

(1) Bonnet, *Gazette médicale*. Paris, 1840, p. 744.

(2) Gaujot, *Arsenal de la chirurgie contemporaine*. Paris, 1866.

como un efecto de los tubérculos vertebrales. Delpech (1) hizo revivir estas ideas cien años despues, y en 1830 Serres, de Montpellier (2), sostuvo la misma doctrina. En 1835, Nichet, de Lyon (3), publicó muchas observaciones del mal de Pott producida por tubérculos. Parise (4), Tavignot (5) y otros hicieron lo mismo. En fin, los estudios de Nélaton (6) acabaron de hacer admitir la naturaleza tuberculosa del mal de Pott. Sin embargo, muchos autores modernos, Broca (7) y Lebert (8), entre otros, rehusan el considerar la caries vertebral como tuberculosa en todos los casos. El tubérculo infiltrado de Nélaton se ha puesto en duda considerándole como una osteitis simple.

§ I.—Definicion y sinonimia.

Se da el nombre de *mal de Pott* á una afeccion caracterizada por una osteitis crónica de las vértebras, provocada por la presencia de tubérculos ó independiente de esta produccion morbosa. Esta enfermedad se ha designado tambien con los nombres de *caries vertebral*, *afeccion tuberculosa de las vértebras* (Delpech), *osteitis vertebral*, (Sanson), *tisis vertebral*, *mal vertebral*, *gibosidad*, etc., etc.

§ II.—Causas.

El mal de Pott es sobre todo frecuente en los niños, es mas rara en la adolescencia, y mas aun en el adulto. El *temperamento linfático* y el *escrofulismo* predisponen indudablemente, mientras que dos órdenes de causas determinantes provocan la caries vertebral: 1.º Causas generales como la tuberculizacion y el reumatismo, siendo esta mas rara vez actuante que la primera; 2.º las violencias exteriores, contusiones, distorsiones, de la columna vertebral, la accion directa del frio.

Se acusa á la masturbacion de ser la causa mas poderosa y comun del mal de Pott, sin embargo, como hace juiciosamente observar Nélaton (9): 1.º la masturbacion, siendo un vicio comun en la infancia, se encontrará esta causa como agente de cualquiera enfermedad

(1) Delpech, *Traité des maladies réputées chirurgicales*, t. III, y *Traité d'orthomorphie*, art. II, t. I.

(2) Serres, *Gazette médicale*, 1830.

(3) Nichet, *Mémoire sur la nature et le traitement du mal vertébral de Pott* (*Gazette médicale*, 1835).

(4) Parise, *Des tubercules des os* (*Archives générales de médecine*, Junio 1843).

(5) Tavignot, *L'Expérience*, 1844.

(6) Nélaton, *Éléments de pathologie chirurgicales*, trad. española del Dr. Martínez y Molina, t. II, 115 y siguientes.

(7) Broca, *Gazette des hôpitaux*, 1858.

(8) Lebert, *Traité d'anatomie pathologique*, en folio t. II.

(9) Nélaton, *loc. cit.*, t. II, p. 129, edicion española de 1856.

de los niños; 2.º la afeccion tuberculosa se presenta por lo comun en los primeros años de la vida, en una época en que los niños no conocen el onanismo.

§ III.—Síntomas.

La caries vertebral se anuncia por lo comun por un dolor fijo en un punto del raquis. Este dolor, primero débil y pasajero, tiende á hacerse continuo y mas intenso, se limita generalmente á una extension poco considerable en frente de las vértebras alteradas, pero es frecuente que se irradia á lo largo de los nervios que salen de los agujeros de conjuncion correspondientes á las vértebras enfermas; de aquí los dolores de cintura, las constricciones epigástricas, las sensaciones morbosas en los muslos. Los dolores espontáneos faltan sin embargo algunas veces, pero se pueden provocar por la presion ó la percusion de las apofisis espinosas de las vértebras enfermas. Los dolores del principio desaparecen habitualmente despues de cierto tiempo, y desde entonces comienza un nuevo período para la enfermedad.

Se nota entonces que la columna vertebral se dobla hácia delante, que las apofisis espinosas se hacen mas salientes y que se marca una gibosidad. Esta joroba puede manifestarse de pronto, de un modo brusco, sin la provocacion de un esfuerzo; pero por lo general necesita para producirse un tiempo mas ó menos largo.

La formacion de la gibosidad determina fenómenos procedentes de la compresion de la médula y las raíces nerviosas. Tales son contracturas y debilidades de los musculos situados por debajo del punto comprimido, despues se pronuncia la parálisis y la anestesia en los tegumentos, mientras que el menor contacto provoca movimientos reflejos extensos. Las alteraciones de la inervacion se manifiestan tambien en los órganos interiores, el estreñimiento y la retencion de orina indican una parálisis del recto y del reservorio urinario.

Se producen aun en regiones lejanas del asiento del mal abscesos por congestion.

Además de los síntomas expresados y que dependen directamente de la caries vertebral, pueden presentarse otros que se refieran á la causa general ó que proceda de la misma caries. De este modo fenómenos de tuberculizacion pulmonar vienen á demostrar en muchas ocasiones la naturaleza del mal vertebral.

§ IV.—Curso, duracion y terminacion.

La evolucion del mal de Pott puede dividirse en tres períodos: 1.º El de invasion, caracterizado por el dolor local y las irradiaciones dolorosas á lo largo de los nervios intercostales y lumbares; 2.º el período de deformacion durante el cual la caries produce la destruc-