

de los paroxismos. En fin, no siempre se comprueban en el curso de estas crisis febriles, modificaciones de los resíduos urinarios.

No quiere esto decir que la secreción renal sea siempre normal. Aparte de todo acceso febril, se ha comprobado muy á menudo una verdadera *poliuria*: orinas abundantes, claras, micciones frecuentes. Esta diuresis excesiva, de origen evidentemente central, por lo común precede de cerca á los períodos en que repiten los accidentes, para desaparecer desde que estos se atenuan. La *glicosuria*, que se ha observado al mismo tiempo, es un fenómeno mucho más raro.

No sucede lo mismo con la *albuminuria*. Casi nunca ha dejado de encontrarse cuando se la ha buscado con constancia. Muy diferente en su marcha de las albuminurias sintomáticas de una lesión renal, se la puede comprobar en todos los estadios de la enfermedad, pero de preferencia después de las comidas, Abundante ó ligera, intermitente ó caprichosa, parece seguir en sus fases la excitación circulatoria. Su predilección por los períodos en que se acentúa el eretismo vascular, parece demostrar el origen congestivo; su asociación con la glicosuria y la poliuria, hace pensar que los efectos de la congestión pueden repercutir sobre algunos núcleos del cuarto ventrículo.

La albuminuria no determina necesariamente *edema*, pero muchas veces le acompaña; también aparece durante las crisis de asistolia, mejorándose cuando éstas mejoran. Obsérvanse otras variedades de edemas, aparte del producido por los grandes desórdenes cardíacos y por las perturbaciones de la secreción renal; pero son pasajeros, localizados de preferencia en las caras laterales de la pierna, en el vientre, y sobre todo, en los muslos. El dedo no deja marcadamente en él la depresión característica de los primeros; más bien se trata de un engrosamiento, de una infiltración del dermis, análoga á la del *mixoedema*, siendo notable esta semejanza en los casos bastante raros, en que este edema se generaliza.

Perturbaciones psíquicas. — Todo el árbol nervioso está afectado. Hemos visto que la enfermedad de Basedow hacía sentir su acción sobre el simpático, los nervios periféricos, la médula y el bulbo; tampoco el encéfalo se libra de ella. Desde el principio, muy á menudo antes que los síntomas cardinales hayan empezado á aparecer, presentan los enfermos los signos de un estado mental muy especial. Una agitación indefinible les atormenta. Perseguidos por una incesante necesidad de obrar, de moverse, no pueden estarse quietos y á cada instante cambian de ocupación. Expresan su sensibilidad sin moderación; las muestras de alegría como de tristeza son excesivas, sin guardar proporción con los motivos, y aun sin motivo alguno. Sin transición, sin término medio, se les ve pasar del buen humor más expansivo á la melancolía ó al enfado. Las ideas se precipitan, movibles, inestables, sin enlace lógico; hablan con volubilidad. Al mismo tiempo su carácter se exaspera, su afectividad se modifica; llegan á ser difíciles de soportar. Impacientes é irascibles, se encolerizan al menor inconveniente, á la más pequeña contradicción. Desapacibles con sus semejantes, les hacen sufrir su genio versátil y caprichoso, exigiendo mucho de ellos, satisfaciéndose difícilmente y jamás agradeciéndolo. El insomnio, muy frecuente, sostiene y agrava este estado de excitación. Como los demás síntomas de la enfermedad de Graves, tiene sus fases agudas, tras las cuales todo entra

en una calma relativa. Pero muchas veces los desórdenes cerebrales se acentúan y se fijan; entonces se ve á los enfermos asediados por los temores que les despiertan la fuerza y persistencia de las palpitaciones, atormentados por las pesadillas y las alucinaciones de la vista, muchas veces terroríficas, hacerse hipocondríacos, pasar por crisis de depresión extrema ó de manía aguda, que, si ordinariamente terminan por la curación, dejan tras ella un desequilibrio, una movilidad intranquilizadora que hacen temer las recaídas al más ligero pretexto. Estos accesos de enajenación mental pasajera, que se encuentra en casi todas las neurosis, deben considerarse como formas violentas de un estado mental propio del bocio exoftálmico, y cuyas exacerbaciones no se producen siempre según el mismo tipo, ó bien como psicosis asociadas temporalmente, evolucionando sobre un terreno en extremo favorable, preparadas por degeneración hereditaria, y para las que la enfermedad de Basedow ha sido la ocasión de desarrollarse? No es fácil ni necesario abrazar exclusivamente una de estas dos hipótesis: una y otra contienen sin duda parte de verdad, no siendo suficiente cada una por sí sola para explicar todos los casos que se observan en la clínica.

Alteraciones de la piel. — Debemos atribuir las perturbaciones del sistema nervioso. En efecto, una de las más notables, la *pigmentación anormal*, dibuja muchas veces en el cuerpo fajas simétricas. Ciertamente es, sin embargo, que en la mayor parte de los casos la pigmentación de los tegumentos ocupa zonas irregulares, invadiendo, ya el cuello y la cara, ya también el tronco y los miembros. A veces está tan acentuada, que bien pudiera simular la enfermedad de Addison, tanto más, cuanto que se la ha visto ganar la mucosa bucal y aparecer en la época en que el enfermo se encuentra ya muy debilitado. Las manchas de *vitiligo* son también frecuentes, y, á veces, aparecen al mismo tiempo. Al contrario de lo que sucede con los demás síntomas de la enfermedad, estas alteraciones pigmentarias son irremediables.

Al lado de ellas, no es raro observar *erupciones cutáneas* poco especializadas, sobre todo, como era de esperar, la urticaria, ese asma de la piel.

Se ha descrito una especie de *pelada* especial de la enfermedad de Basedow; trátase más bien, como dice Joffroy, de una *pseudo-pelada* sin placas, que no determina la calvicie, si bien son escasos y enfermizos tanto los cabellos como los pelos de la cara.

También se observan en la piel perturbaciones más características. La sensación de calor, de que hemos hablado, parece unida á una notable *disminución de la resistencia eléctrica*; la corriente atraviesa los tejidos con una facilidad cuatro ó cinco veces mayor que en estado normal. Se ha querido encontrar la razón de este curioso fenómeno en los sudores abundantes que á menudo acompañan la termofobia; pero la resistencia eléctrica de la piel apenas si decrece en una multitud de enfermedades en que no es menos abundante la diaforesis. Preciso es, pues, renunciar á esta explicación, bastándonos señalar que la disminución de la resistencia eléctrica, indicada la primera vez por Vigouroux, es de tal regularidad y constancia, que bien puede colocársele en el cuadro sintomático al lado de la triada y del temblor.

Perturbaciones del aparato digestivo. — En las anomalías que se observan en las funciones digestivas hállase también marcado ese sello neuropático que domina en las demás partes del síndrome clínico. A semejanza del carácter

moral del enfermo, el apetito es á veces caprichoso y antojadizo; fuera de las crisis gastrálgicas provocadas por dolores viscerales, aparece por periodos, ya exagerado y excesivo, ó ya, por el contrario, debilitado y nulo. A la *anorexia* casi completa, á la repugnancia misma hacia los alimentos, sucede, á veces, una voracidad que nada satisface, verdaderos accesos de *bulimia*, que en nada parecen afectar la digestión en los enfermos. Sin embargo, á menudo hay *vómitos*; pero de ordinario duran poco tiempo, y tienen poca trascendencia. No puede decirse lo mismo de la *diarrea*, accidente común y de notable gravedad. Manifiéstase por crisis muy parecidas á las gástricas de la *tabes*, no diferenciándose de ellas sino por la falta de dolor. El mismo principio repentino, la misma curación brusca y espontánea, después de haber resistido á los medios terapéuticos de ordinario eficaces. Los enfermos hacen ocho, diez y aun más deposiciones líquidas por día, de un exudado seroso, en medio del cual fácilmente se reconocen los alimentos apenas atacados por los jugos digestivos. Esta *lienteria* no aparece en épocas fijas. Ya se presenta con intermitencias, por accesos pasajeros y repetidos, ó bien, estableciéndose con carácter permanente, viene con frecuencia á agravar una situación ya de antemano comprometida.

También, como en la *tabes*, la secreción biliar es á veces exagerada, quizás por un mecanismo análogo al de las otras perturbaciones secretorias. Aparece la *ictericia* y puede durar muchos meses. Su génesis es aún muy poco conocida, y por ello no nos detendremos á hablar de esta complicación; limitémonos á decir, que su presencia es de mal pronóstico.

Las *perturbaciones del aparato respiratorio*, sin duda, podrían también atribuirse á los síntomas nerviosos. La disnea provocada por los desórdenes cardíacos toma á poco los caracteres de los accidentes asmáticos. A ella se une, merced á la acción que sobre el corazón ejercen los brotes congestivos, un elemento catarral que aumenta también la dificultad respiratoria. Durante los paroxismos, la respiración es frecuente, y á la auscultación se perciben estertores sibilantes y roncós, que atestiguan la hiperemia bronquial. Estos signos estoscópicos no siempre acompañan las crisis disnéicas, y, aparte de toda manifestación pulmonar, hay casos en que los enfermos tosen contínuamente, tos seca y fatigosa. Estas manifestaciones torácicas por excepción inducen mayor gravedad, y son pocos los casos que se citan en que la opresión fuera tal que haya hecho pensar en la traqueotomía.

Casi no existen ejemplos de haber sido respetadas por la enfermedad las *funciones genitales*. No faltan las perturbaciones menstruales, siendo casi siempre la amenorrea la que se comprueba. A las reglas suprimidas, sustituye á menudo la leucorrea, nueva causa de agotamiento. Acaso la clorosis, tan frecuente en estas enfermas, ejerza un influjo determinante en la aparición de estos desórdenes uterinos. De cualquier modo que sea, la amenorrea parece seguir la marcha de la taquicardia, y mejorarse con ella. En los hombres se ha notado una exaltación pasajera del sentido genésico, si bien más á menudo la *anafrodisia* y la impotencia. Algunas observaciones señalan una atrofia aislada de las mamas: Barth, por el contrario, las ha visto atrofiarse en un caso en que el enflaquecimiento general estaba ya muy acentuado.

MARCHA.— DURACIÓN.— TERMINACIÓN.— PRONÓSTICO.— Acabamos

de ver que apenas si hay órgano que sea respetado en el curso de la enfermedad de Basedow. En medio de este conjunto tan complejo, las manifestaciones más diferenciadas se encuentran unidas entre sí por un carácter común de origen nervioso. Pero rara vez es completo el cuadro sintomático. En un mismo sujeto, suele faltar un gran número de perturbaciones secundarias. También acontece no poder comprobar uno ó más signos fundamentales. Encuéntanse formas *frustadas*, en las que no aparece la exoftalmía ó el bocio, no obstante que en la mayor parte de los casos en que se menciona la falta de este último, hubieran podido comprobarse las alteraciones de la glándula tiroidea, si se hubiese practicado un examen más minucioso. El fenómeno fundamental y que siempre parece comprobarse, es la excitabilidad del corazón. Sus manifestaciones ligeras pasan tan á menudo inadvertidas para el enfermo, que tenemos derecho á mostrarnos excépticos ante las observaciones en que se dice que han faltado. Generalmente, las perturbaciones cardio-vasculares son las que abren la marcha; el bocio y la exoftalmía se subsiguen muy de cerca, sin regla, ó bien se presentan los dos simultáneamente, formándoles cortejo los accidentes viscerales. Tal es la marcha en los casos de tipo clásico. Pero la evolución de la enfermedad de Basedow es de las más irregulares, y puede decirse que casi varía en cada caso. Se distinguen también formas agudas y lentas. Entre las primeras, que á menudo suceden á una violenta conmoción moral, hay algunas que desde luego se revelan por una exaltación nerviosa extrema, en medio de la cual aparece y se desarrolla el síndrome cardinal en algunas semanas y aun en algunos días. Otras afectan una marcha febril desde el principio, prolongándose los accidentes térmicos antes de que la triada venga á precisar el diagnóstico. En fin, el período inicial puede hallarse constituido casi exclusivamente por fenómenos torácicos.

La forma crónica, de desarrollo lento y progresivo, empieza también de muy variables maneras. Unas veces, y es el modo más común, la taquicardia y las palpaciones son los primeros indicios; otras, son atacados los ojos y el cuerpo tiroidea cuando aún no se ha observado ninguna otra perturbación, salvo la susceptibilidad nerviosa y las desviaciones menstruales; otros también preceden á la presentación de los grandes signos una anemia profunda y un enflaquecimiento extremo; ó en fin, abren la escena las perturbaciones viscerales.

Cualquiera que sea el punto de partida, es difícil prever el carácter de la evolución. A veces se verifica por accesos en épocas variables, obedeciendo á menudo á causas desconocidas, ó ya con ocasión de esfuerzos enérgicos, fatigas excesivas, emociones vivas, ó presentación de las reglas. Cuando después del paroxismo sobreviene la sedación, el mal continua agravado, más marcados los síntomas objetivos, y acentuado el estado de excitación. En las formas benignas, se suceden las crisis á largos intervalos de calma relativa. Repitiéndose y aumentando su intensidad, conducen rápidamente á la caquexia en los casos graves.

La enfermedad de Basedow es susceptible de curación: casi puede decirse que esta es su terminación más frecuente, cuando evoluciona sin que estallen los accidentes viscerales. Los síntomas mejoran lentamente, pero no desaparecen sin dejar vestigios. Por poco que haya durado el bocio, no retrocede totalmente, quedando siempre alguna exoftalmía, ó bien otra irregularidad en los

ojos. Lo que más tenazmente persiste, es un estado de susceptibilidad nerviosa tal, que la curación está siempre comprometida al menor contratiempo.

No siempre se suceden las cosas tan felizmente. A menudo, cuando han aparecido ya los desórdenes viscerales, la anorexia prolongada, la diarrea, la ictericia, la albuminuria, conducen á una extrema decadencia fisiológica; los enfermos, en medio de una profunda anemia y enflaquecimiento, caen en la caquexia terminal, y sobreviene la muerte, ordinariamente por colapso y accidentes de asistolia, á menos que no sucumban por alguna enfermedad intercurrente, una vez que su agotamiento los dejó indefensos.

Fácilmente se concibe que la duración de esta enfermedad haya de ser muy variable. Los casos agudos evolucionan en algunos meses; si el desenlace es favorable, constantemente amenaza la recaída. A las formas crónicas, dado que no tienen un curso uniforme y continuo por los largos períodos de remisión que á veces presentan, no puede asignárseles una duración media.

DIAGNÓSTICO.—Cuando el síndrome basedowniano es completo, resulta tan notable y especial el aspecto de los enfermos, que es imposible dejar de reconocerle. Por el contrario, ante las formas frustradas es posible quedar mucho tiempo indecisos. A falta de alguno de los síntomas cardinales, la permanencia y la intensidad de las perturbaciones cardio-vasculares prestan precioso auxilio. Sin embargo, no siempre bastan para distinguir la enfermedad de Basedow de la *taquicardia esencial paroxística*, si bien hace reconocer esta última afección, su manera de evolucionar en tres períodos bastante distintos y de corta duración. Los autores que hacen dimanar el síndrome basedowniano de una lesión bulbar, no están lejos de admitir que esta taquicardia es producida por la irritación parcial de aquellos centros anatómicos, cuya alteración produciría la enfermedad de Graves.

En la *tabes*, las parálisis oculares, que á veces van acompañadas de una ligera prociencia del globo ocular, la falta de fuerza de las piernas, las modificaciones más ó menos acentuadas de la sensibilidad, las crisis gástricas, la abolición de los reflejos rotulianos, en fin, la taquicardia que se manifiesta cuando está afectado el pneumogástrico, pueden hacer creer en una forma en que predominaran los accidentes parésicos. La confusión es tanto más legítima, cuanto que para gran número de autores contemporáneos, la enfermedad de Basedow, que tan á menudo se halla asociada á la *tabes*, dadas estas circunstancias, no es otra cosa más que el resultado de la marcha ascendente de sus lesiones en la médula.

Aparté de los casos frustrados, no es siempre fácil el diagnóstico en los primeros períodos de las formas lentas, ó cuando predominan ciertos síntomas secundarios y enmascaran los signos cardinales. Unido el *histerismo* y la *clorosis*, la susceptibilidad nerviosa, el carácter de las palpitations y de los ruidos cardíacos, las perturbaciones digestivas y la debilidad simulan á maravilla un principio de forma crónica. Pero la inteligencia está perezosa, más bien que agitada; el corazón deja alguna tregua, y, hecho importante, el pulso radial proporcionalmente presenta los mismos caracteres que el pulso carotídeo; en fin, á pesar de esta decadencia, las cloróticas conservan sus carnes y gordura, en tanto que los basedownianos no tardan en perderlas. Las palpitations de corazón de los estados neuropáticos, y debidas al abuso de los excitantes, no

tienen la misma continuidad que las de la enfermedad de Graves; cesan al menos durante la noche y permiten el sueño.

Cuando la enfermedad empieza por fenómenos torácicos, con enflaquecimiento y sudores profusos, hace pensar en la tuberculosis; en efecto, así puede presentarse la *tisis aguda* en sus primeros tiempos, y sin dejar percibir signos estetoscópicos claros. En este caso, el error es casi inevitable, si bien la observación térmica permite establecer á veces el diagnóstico, puesto que la temperatura es más elevada en la tuberculosis de forma rápida.

Etiología y asociaciones.—Las condiciones morbosas que preparan y provocan la aparición de los accidentes del bocio exoftálmico son de muy diversa especie. Por otra parte, un gran número de las que se han indicado, sólo obran indirectamente. No citaremos más que aquellas cuya influencia está más demostrada.

Causas predisponentes.—Las mujeres, sin distinción de clase, son afectadas de preferencia, en proporción de cinco ó seis veces más que los hombres. Como el *sexo*, también la *edad* tiene importancia. Pocos casos se conocen antes de la pubertad; en ellos faltan el signo de Graves y el temblor, tratándose de niños coréicos al mismo tiempo. Prefiere la enfermedad, para su presentación, el período de la vida genital: después de la menopausia también son raros los casos.

La *herencia* es un factor etiológico de valor innegable. Se han reunido un gran número de hechos de herencia similar; pero es también menos raro que su influencia se ejerza por transformación. Casi sin excepción se encuentra entre los ascendientes directos ó colaterales algún signo de enfermedad nerviosa, epilepsia, histerismo, enajenación, producir un estado de debilidad ó de carácter extravagante, algún desequilibrio de las funciones intelectuales. También está ligada la enfermedad de Graves al *artrismo*, con los mismos lazos que las demás ramas del árbol neuropático.

Los *desórdenes menstruales*, la *clorosis*, figuran asimismo entre los antecedentes como entre las consecuencias del bocio exoftálmico. También debemos mencionar las enfermedades agudas, las diátesis y todas las causas de empobrecimiento orgánico, capaces de depresión.

Pero sobre todo lo que antecede, debe atribuirse á la *predisposición nerviosa*, hereditaria ó adquirida. Esta es la causa más eficaz y cuya acción está mejor establecida.

En fin, el síndrome de Basedow puede ser sintomático de ciertas afecciones de las fosas nasales, de los órganos abdominales, puesto que se le ha visto, cuando coexistía con ellas, desaparecer bajo la influencia de una medicación apropiada á aquellas enfermedades.

Causas determinantes.—Estallan á menudo los accidentes iniciales con ocasión de una gran conmoción nerviosa, siguiendo de cerca á una viva emoción, con acceso de terror, una crisis de cólera, una violenta tristeza. Su aparición puede ser provocada por preocupaciones tristes, disgustos de familia, pérdida de intereses, etc., ejercicios musculares prolongados, esfuerzos enérgicos. Estas mismas causas no ejercen menor influencia cuando la enfermedad está ya establecida, viniendo á exaltar la intensidad de los síntomas.

Todos los actos de la *vida genital* repercuten sobre la enfermedad de Base-

dow. Hemos visto que la época de las reglas marcaba una recrudescencia de las perturbaciones. El *embarazo*, que en otras épocas había parecido que era causa de verdadera mejoría, interviene tan desagradablemente como en el bocio endémico. Durante la gestación, el volumen del bocio aumenta. Verdad es que los otros síntomas tienen más bien propensión á decrecer y que después del parto se produce una especie de retroceso; el bocio disminuye y todo parece entrar en una calma relativa. Pero, como lo ha hecho ver Joffroy, los beneficios del embarazo no compensan sus inconvenientes; antes bien, teniendo en cuenta todos los datos, agrava la situación. Se han referido hechos de bocio simple transformado en bocio exoftálmico á consecuencia de embarazos repetidos.

La enfermedad de Graves á menudo va asociada á afecciones nerviosas, orgánicas ó funcionales. Ya hemos indicado anteriormente sus relaciones con la *tabes*. La *corea* y el *histerismo*, con las que parece tener afinidad predilecta, apenas si son modificadas por esta coexistencia. Más influenciada resulta la *epilepsia*; en algunos casos ha desaparecido al principio del bocio, para aparecer de nuevo después de su curación. Sea que estas neurosis se presentan al mismo tiempo que la enfermedad de Basedow, sea que la precedan, no parecen inducir cambios notables en su marcha. Del mismo modo las afecciones mentales, cuyas variedades todas, incluso la parálisis general, se han visto asociadas al bocio exoftálmico, son únicamente una prueba más del nervosismo propio de todos los basedownianos.

ANATOMÍA PATOLÓGICA. — Nada más variable que los resultados de las autopsias. Aun no han podido deducirse de ellas datos lo bastante constantes para que pueda establecerse una teoría patogénica.

Algunas veces el corazón está sano. Pero es más frecuente encontrar sus cavidades dilatadas, en especial las aurículas; muchas veces también sus paredes están engrosadas, presentando algunos signos de degeneración. Cuando se han hallado lesiones de orificio, han podido atribuirse á la coexistencia de alguna enfermedad de corazón.

En el cuerpo tiroides se han encontrado, por decirlo así, todas las variedades de bocio, desde la simple congestión de la glándula hasta las lesiones propias de los procesos más destructores. Ningún carácter común las enlaza, ni permite establecer deducciones terminantes. El tejido de la glándula da la impresión de una pulpa rojiza, bastante resistente al tacto, siendo el volumen ordinariamente desigual á cada lado de la tráquea, sin que en ésta se observen indicios manifiestos de compresión. Ya se observa en algunos grupos de vesículas una completa transformación coloide, hasta el punto muchas veces de formar quistes, cuyo contenido se rodea de una envoltura fibrosa más ó menos gruesa; ya aparece dicha transformación más discreta, pero más diseminada, constituyendo una verdadera infiltración de toda la glándula; las vesículas, ensanchadas por la rotura de sus tabiques, aparecen sostenidas por las mallas de un tejido conjuntivo empobrecido. En otros casos se observa lo contrario: una exuberante proliferación conjuntiva aprisiona las vesículas y las comprime. En los casos extremos lo que aparece á la vista es una notable esclerosis del órgano, que queda reducido á una masa fibrosa. Así parecen suceder estos fenómenos, cuando la enfermedad ha durado mucho tiempo. Otras

formas de alteración representan los resultados más ó menos prolongados de la hiperemia; los vasos que recorren la glándula presentan modificaciones análogas. Ampliamente dilatados, con paredes engrosadas, algunas veces ateromatosas, rodeales un estuche conjuntivo, viéndoseles transformados, en los casos muy antiguos, en una especie de cordón fibroso.

Möbius, Spencer, Marie y otros, han comprobado la reviviscencia del *timo*; hállasele muy hipertrofiado, vascularizado en exceso, dejando ver en último término los mismos indicios de hiperemia que el cuerpo tiroides.

La exploración de la *cavidad orbitaria* no ha demostrado en ella muchas veces nada anormal. Pero á menudo se comprueba una proliferación del tejido granulo-grasoso del fondo del ojo, que nada tiene de característico, puesto que se la ha observado en individuos que jamás habían presentado exorbitismo. Más interesante es el hecho de encontrarse casi siempre vestigios de una viva congestión de los vasos retro-bulbares, como también de los músculos oculares. Lógico es suponer que este éstasis venoso provocaría durante la vida una especie de edema local, capaz de rechazar hacia adelante el globo del ojo.

Nada de particular presentan las *visceras*. Cuando más, en los casos de *diarrea* prolongada, compruébanse las lesiones comunes de la enteritis.

Por lo mismo que llevamos dicho no explica de una manera satisfactoria la naturaleza de la enfermedad, estaba justificado, considerando el carácter de sus accidentes, buscar la clave en las *alteraciones del sistema nervioso*; pero éstas, si bien son constantes, tampoco ilustran suficientemente el asunto.

Las primeras autopsias, las de Recklinghausen, de Biermer, y de Lancereaux, comprobaron degeneraciones en el tronco del *gran simpático*, ó en sus ganglios. Siguiéronse numerosas observaciones en las que se veían las más variadas lesiones, hasta la atrofia de la porción cervical del nervio. Pero en cierto número de hechos recientes, bien estudiados, entre otros, los de Ranvier, Dejerine y Müller, no se ha comprobado ninguna alteración del simpático. Por otra parte, el trisplánico muchas veces está afectado en los casos de afecciones caquéticas.

Pocos son los datos referentes á los centros superiores. En la *médula* se ha hallado un desarrollo excesivo del tejido neuróglíco, esclerosada la porción cervical y degeneraciones vasculares. Cheadle ha referido un caso en que los vasos del bulbo estaban considerablemente dilatados. Hay algunos ejemplos de hemorragias meníngeas y bulbares, de alteraciones del istmo del encéfalo. Mendel ha visto un caso típico de Basedow en que los dos haces solitarios presentaban un desarrollo desigual, estando atrofiado el cuerpo rectiforme de un solo lado. Marie y Marinesco, han publicado una observación de bocio exoftálmico asociado á la *tabes* en la que la atrofia del haz solitario coexistía con otra, muy pronunciada, de la raíz ascendente del trigémino. Pero Oppenheim ha encontrado iguales lesiones en un tabético, si bien es verdad, que este enfermo presentaba taquicardia. Necesario nos era citar estas interesantes observaciones, pero su extrema rareza no nos permite sacar de ellas conclusiones fijas.

NATURALEZA Y PATOGENIA. — La inconstancia y la diversidad de los datos suministrados por la etiología y la anatomía patológica de la enfermedad de Basedow han permitido hacer fortuna á las más diversas hipótesis sobre su naturaleza y mecanismo de sus manifestaciones. No obstante, todas no han te-