

mas ó menos largo de calma, durante el cual desaparecen mas ó menos completamente los síntomas principales, inclusa la infiltración serosa; pero muy pronto vuelven á reproducirse y por lo comun con nueva intensidad.

*Duración.* En el corto número de casos en que la estrechez aórtica era la única lesión que existía en los orificios del corazón, y en que los progresos de la enfermedad de este órgano han llegado por sí solos á producir la muerte, ha ocurrido esta terminación fatal de tres meses á cinco años después de la invasión. En un caso que cita Bouillaud ha durado la enfermedad diez años; pero como había al mismo tiempo una afección grave de la aorta, no se pudo saber si la lesión del corazón existía desde el principio, ó si ha sido consecutiva á la afección arterial.

La terminación fatal de la enfermedad ha sido con mas frecuencia ocasionada solo por los progresos de la lesión del corazón en la estrechez aórtica que en la estrechez mitral. En el caso ya citado de Bouillaud ha venido á precipitarle una apoplejía hepática, y en otro que refiere Charcelay una afección abdominal no caracterizada; finalmente, se ha observado un caso de esfacelo del miembro inferior, que es el mismo que hemos citado antes de ahora en el artículo de la ESTRECHEZ MITRAL, porque había complicación de estas dos lesiones. En resumen, la estrechez aórtica termina por la muerte, y si bien lo mismo que en la estrechez mitral se ha podido por medio del tratamiento prolongar los días del enfermo y proporcionarle un alivio de mas ó menos duración, jamás se ha obtenido la curación radical.

### § V.—Lesiones anatómicas.

No debemos detenernos mucho en las lesiones anatómicas, en razón á que son casi las mismas que hemos hallado en la estrechez mitral; induración, degeneración cartilaginosa ó huesosa, y adherencia de las válvulas mas ó menos deformes; reducción del orificio á un agujero irregular que presenta diversas formas, y á veces estrechez llevada hasta el punto de no dejar pasar mas que un guisante pequeño (1). Las induraciones empiezan ordinariamente por los tubérculos de Arancio, é invaden en seguida el borde libre de las válvulas; otras veces por el contrario, empiezan á invadir por la base, y Corvisart hasta había formado una variedad de esta induración parcial.

Sería inútil insistir mas en estas lesiones que presentan numerosas diferencias, y bastará recordar que sus principales resultados son la inmovilidad y rigidez de las válvulas que ya no pueden desempeñar su papel de obturadoras, y la disminución notable de la abertura por donde debe pasar la sangre á las arterias.

(1) Bouillaud, *Traité cliniq. des malad. du cœur*, París, 1845, t. II, p. 210.

### § VI.—Diagnóstico y pronóstico.

Las dificultades del diagnóstico de esta afección proceden lo mismo que en la estrechez mitral de la gran frecuencia de las complicaciones.

Los síntomas que propiamente pertenecen á esta lesión son: ruido de fuelle, de escofina, de lima, de sierra, etc., *durante el primer tiempo*, que son mas intensos en la base del corazón, que se prolongan á corta distancia en el trayecto de la aorta y nunca hácia la punta del órgano, y á veces intermitencia é irregularidad del pulso.

Si queremos ahora investigar con qué otras lesiones se pudieran confundir las que dan origen á estos signos, veremos: 1.º que se debe echar á un lado la insuficiencia aórtica, puesto que en ella el ruido anormal se efectúa en el *segundo tiempo*; 2.º que la estrechez mitral produce un ruido de fuelle *que precede* al primer tiempo, lo que recordaremos en el cuadro sinóptico; 3.º que la estrechez pulmonar presenta síntomas parecidos, y que son insuficientes las observaciones para decidir si hay entre estas dos afecciones algunos signos distintivos; 4.º que el estado clorótico y anémico ocasiona un ruido de fuelle á veces doble, que se estiende á gran parte del sistema arterial; y 5.º que en las enfermedades de la aorta, los ruidos anormales que existen ordinariamente lo mismo en el diástole que en el sistole del vaso, son mas intensos en un punto mas ó menos distante de la base del corazón, y tienen una extensión mas considerable.

En un número bastante considerable de casos coincide la estrechez aórtica con una insuficiencia del mismo orificio, en cuyas circunstancias el diagnóstico es un poco mas difícil pero no imposible, porque se hallan signos correspondientes á los dos estados: el ruido anormal en el *primer tiempo* es propio de la estrechez, y en el *segundo tiempo* con un timbre generalmente mas suave, es el propio de la insuficiencia.

#### CUADRO SINÓPTICO DEL DIAGNÓSTICO.

##### 1.º Signos positivos de la estrechez del orificio aórtico.

Ruido anormal (de fuelle, de escofina, de lima, etc.) *durante el primer tiempo*.

Tiene mayor intensidad en la base del corazón.

No existe hácia la punta y se prolonga un poco por la aorta.

En muchos casos *intermitencia* é irregularidad del pulso.

##### 2.º Signo distintivo de la estrechez y de la insuficiencia aórtica.

ESTRECHEZ AÓRTICA.

INSUFICIENCIA AÓRTICA.

Ruido de fuelle en el primer tiempo.  
VALLEIX.—TOMO III.

Ruido de fuelle en el segundo tiempo.

## 3.º Signos distintivos de la estrechez aórtica y de la estrechez mitral.

ESTRECHEZ AÓRTICA.	ESTRECHEZ MITRAL.
Ruido anormal que empieza con el primer ruido normal.	Ruido anormal que empieza un poco antes del primer ruido normal.
Se prolonga un poco en la dirección de la aorta.	Se prolonga hácia la punta del corazón cesando por encima de la base.

## 4.º Signos distintivos de la estrechez aórtica y del estado clorótico y anémico.

ESTRECHEZ AÓRTICA.	CLOROSIS, ANEMIA.
Ruido de fuelle, etc., simple en el primer tiempo, á menos que no haya complicacion.	Ruido de fuelle á veces doble que se prolonga por gran estension del sistema arterial.
Faltan los signos generales de la clorosis y de la anemia.	Signos generales de la clorosis y de la anemia.

## 5.º Signos distintivos de la estrechez aórtica y de las enfermedades de la aorta que producen ruido de fuelle.

ESTRECHEZ AÓRTICA.	ENFERMEDADES DE LA AORTA.
Ruido anormal, tan solo en el primer tiempo.	Ruido anormal doble.
Limitado á una corta estension.	Se estiende á mayor ó menor distancia en el vaso.
Mas profundo.	Mas superficial.

**Pronóstico.** Lo que hemos dicho de la terminacion de la enfermedad nos dispensa de estendernos en el pronóstico, que es tanto mas grave, cuanto mas permanentes se hacen los síntomas.

## § VII.—Tratamiento.

Lo mismo que para el tratamiento de la estrechez mitral, tampoco conocemos ningun medio que pueda ser particularmente aplicable á la estrechez aórtica; así nos vemos en la precision de remitir al lector á lo que diremos despues que hayamos descrito todas las lesiones de los orificios.

## 3.º ESTRECHEZ DEL ORIFICIO PULMONAR.

Son poco numerosas las observaciones de esta afeccion, pero entre

los hechos publicados hay tres notables citados por Bouillaud, y que pertenecen á Bertin (1), Louis (2) y Burnet (3).

No hallamos ninguna causa particular de esta lesion, á no ser como causa predisponente, una circunstancia notable que se ha hallado en dos de los tres casos que acabamos de citar; hablamos de la comunicacion de las cavidades izquierdas con las derechas, por medio del agujero de Botal no obliterado en un caso, y por una abertura anormal del tabique inter-ventricular en el otro. ¿La mezcla posible de la sangre arterial y venosa habia obrado sobre la membrana interna de las cavidades derechas, lo mismo que la sangre arterial sobre las izquierdas?

Los signos físicos no se han indagado en este caso de un modo muy exacto. Burnet ha hallado un ruido de fuelle fuerte y prolongado en el primer tiempo, y en el caso que cita Louis, ha habido tambien ruido de fuelle, pero no se indica el tiempo. Dos veces se ha observado el arrullo de gato, y en cuanto á las palpitations siempre han sido fuertes, con una impulsión notable y estensa. Burnet ha hallado sonido á macizo que ocupaba un gran espacio.

Solo en un caso se hace mencion del dolor, que era agudo; pero lo que mas llamaba la atencion era la coloracion de la cara y la dificultad de respirar. En efecto, la cara presentaba en el mas alto grado los signos que se atribuyen á la estancacion venosa en la circulacion mayor, como color violado, animacion, labios azulados, y en un caso tenian además los miembros un jaspeado de blanco y color violeta, que anunciaba todavia mayor dificultad en la circulacion venosa. En cuanto al edema, era general en dos casos, y en el otro no se hace mencion de este síntoma. Pero lo mas notable es, que en ninguno de estos casos se ha hecho mencion del pulso venoso.

En la descripcion precedente solo hallamos la dificultad de la circulacion venosa y de la respiracion que presenten algo propio de la estrechez del orificio pulmonar, y aun respecto á estos signos es preciso notar que, aunque á veces se presentan con mayor intensidad en los casos en que existe esta lesion, se observan con frecuencia en las estrecheces de los orificios izquierdos.

Tan solo debemos añadir que en dos de estos tres casos la enfermedad ha tenido una duracion mucho mayor que la de los casos ordinarios de estrechez de los orificios izquierdos, pues ha llegado de diez años á trece años y medio. En el tercer caso se ha calculado en seis meses, pero recaía en un niño de siete años en el que habia lesiones del ventrículo y del hígado sumamente graves. Por último, estos datos se fundan en un número demasiado corto de hechos para que debamos deducir de ellos una conclusion rigurosa.

(1) Bertin, *Traité des malad. du cœur et des gros vaisseaux*, 1824.

(2) Louis, *Memoires ou Recherch. anatom.-pathol.*, 1826.—*De la comunic. des cavit. droites avec les cavit. gauch. du cœur.*

(3) Burnet, *Journ. hebdom. de méd.*, 1831.

## 9.º INSUFICIENCIA DE LA VÁLVULA MITRAL.

Esta lesion es mucho *menos frecuente* que la estrechez del mismo orificio y que la insuficiencia aórtica, así es que solo la he hallado en las observaciones en seis casos, de los cuales solo ha habido uno en que las lesiones estuvieran limitadas á este orificio. Sin detenernos, pues, en pormenores en los cuales no podríamos presentar mas que datos vagos, indicaremos rápidamente los principales signos que se han notado en las observaciones, y con especialidad en la que ha referido Hope.

Hope y O. Ferral (1) han oido el *ruido de fuelle* en el primer tiempo, pero por desgracia no dicen si era posible apreciar el momento preciso en que aparecía este ruido, ó si tan solo se percibia *al fin* del primer tiempo. Hallándose en los demás casos complicada esta lesion con la insuficiencia de las válvulas aórticas ó con la estrechez mitral, es difícil decidir lo que es realmente propio de la insuficiencia de este último orificio. En un caso que ha observado Williams (2) dependia la insuficiencia de la rotura de la válvula. Por último, se han notado los mismos síntomas generales que en las afecciones precedentes, aunque en general algo menos marcadas. En el sugeto que ha observado Williams, las orinas eran albuminosas.

La insuficiencia mitral es á la verdad afeccion rara en estado de simplicidad; pero hemos visto que acompaña frecuentemente, por no decir casi siempre, á la estrechez del orificio mitral, y bajo esta forma compleja puede decirse que es una de las enfermedades mas comunes del corazon.

No haremos la historia de esta enfermedad, que con frecuencia se confunde con la estrechez mitral, á la que generalmente complica. Solo diremos una palabra sobre los caracteres del pulso.

En la insuficiencia mitral el *pulso es pequeño é irregular* (fig. 5); y parece que cuanto mas pura es la insuficiencia, esto es, mas desligada de la estrechez, tanto mayor es la irregularidad (Marey).



Fig. 5.

Así como puede verse en el trazado, algunas pulsaciones son á veces perceptibles, y parece que se escapan al tacto. Cuando la irregularidad es completa no se somete á regla alguna.

Cuando existen simultáneamente la estrechez y la insuficiencia del

(1) O. Ferral, *Dublin Journ. of med. sc.*(2) Williams, *London med. Gaz.*, 1847.

orificio mitral, no se altera por lo general la regularidad del pulso, y aun el trazado conserva casi los caracteres que presenta en la estrechez pura. (Véase la fig. 2.)

## 10. INSUFICIENCIA DE LA VÁLVULA TRICÚSPIDE.

Las mismas reflexiones son aplicables á la insuficiencia de la válvula tricúspide, que casi siempre está complicada con una estrechez aórtica ó mitral. Hemos examinado detenidamente las observaciones, y nada hemos hallado que pertenezca propiamente á esta lesion, como no sea, lo mismo que en las demás alteraciones de las cavidades derechas, un obstáculo mayor en la circulacion y una estancacion sanguinea mas considerable en el sistema venoso. En cuanto á los ruidos anormales que puedan referirse á la lesion que nos ocupa, se oyen en el primer tiempo, y es muy probable que en el momento correspondiente á la contraccion ventricular. En los casos de insuficiencia tricúspide, lo mismo que en los de insuficiencia mitral, lo que ocasiona el ruido anormal es el reflujo de la sangre al través del orificio alterado, ó la *regurgitacion*, segun la espresion de Hope, y por consiguiente este ruido debe efectuarse en el momento de la contraccion ventricular.

Hemos visto ya que la insuficiencia tricúspide era con frecuencia un efecto secundario de otras enfermedades de las válvulas y de la enfermedad mitral en particular. Hay aun otro orden de causas que pueden producirla: estas son las enfermedades pulmonares, á lo menos las que determinan un obstáculo considerable y lo suficientemente prolongado á la circulacion pulmonar. En estas condiciones se produce el mismo efecto que en la estrechez mitral, es decir, un aumento en la cantidad de sangre que penetra en el ventriculo derecho, una dilatacion de su cavidad y una *insuficiencia secundaria* de la válvula tricúspide.

Gendrin ha sido uno de los primeros que ha indicado la insuficiencia producida en las condiciones que hemos manifestado. Javier Gouraud (1) insiste en un trabajo reciente sobre la influencia que el pulmon tiene sobre el corazon derecho y la válvula tricúspide en particular, y refiere muchas observaciones de insuficiencia de esta válvula consecutiva á la bronquitis capilar, al enfisema, á la pulmonia, etc.

Además del ruido de fuelle en el primer tiempo y en la punta, la insuficiencia tricúspide tiene un signo patognomónico, que es el *pulso venoso*, perceptible sobre todo en las yugulares. En cuanto á los síntomas generales de esta lesion, son todos los que demuestran notable dificultad en la circulacion venosa: congestiones pasivas, hidropesias, hemorragias, etc.

(1) Javier Gouraud, *De la influence pathogenique des maladies pulmonaires sur le cœur droit*. Tesis inaugural, Paris, 1865.

## 11. INSUFICIENCIA AÓRTICA.

Se hallan algunos ejemplos de esta enfermedad en Morgagni, Selle y Senac, pero apenas están mas que indicados y presentados casi únicamente bajo el aspecto anatómico. Ya Hope, en 1831, habia dado algunas nociones de esta afeccion, pero habia hablado de un modo muy incompleto y principalmente en lo que toca al estado del pulso, cuando el profesor Corrigan (1) publicó sus observaciones y dió una descripción de la enfermedad, á la que solo se han hecho luego algunas modificaciones. Poco tiempo despues, el doctor Guyot, en una tesis sumamente notable (2), refirió varias observaciones muy interesantes, y por último, mas tarde Charcellay (3), el doctor Williams Henderson (4), Aran (5), etc., han publicado trabajos muy importantes acerca de este punto de patología.

## § I.—Definicion, sinonimia y frecuencia.

Se dá el nombre de *insuficiencia del orificio aórtico* á cualquier estado de las válvulas que permite que la sangre lanzada ya en la aorta, vuelva á refluir en los ventriculos.

Hope le llama *regurgitacion al través de las válvulas aórticas*.

No es muy frecuente esta afeccion, sobre todo en un estado de simplicidad, pero sucede con bastante frecuencia que hallándose adheridas ó endurecidas las válvulas en las estrecheces del orificio aórtico no pueden tapar completamente este orificio, en cuyo caso hay estrechez con insuficiencia.

## § II.—Causas.

## 1.º Causas predisponentes.

La *edad* ha variado de diez y ocho á sesenta y seis años, y por lo comun tenian los enfermos de veinticinco á cincuenta; de donde se sigue que la afeccion de que estamos tratando no puede considerarse, en la mayoría de los casos, como consecuencia de los progresos de la edad. Es notable que de diez y siete individuos tomados casualmente, quince hayan sido hombres y solo dos mujeres; pues si bien el número es corto para que de él se pueda deducir ninguna consecuencia, por que pudiera muy bien ser tan solo una simple coincidencia.

(1) Corrigan, *The Edinb. med. and surg. Journ.*, abril de 1832.

(2) A. Guyot, *Arch. gén. de méd.*, 2.ª série, t. V, p. 325.

(3) Charcellay, Tesis, Paris, 1836.

(4) Henderson, *Edinb. med. and surg. Journ.*, octubre de 1837.

(5) Aran, *Recherch. sur les signes et le diag. de l'insuf. des valv. de l'aorte* (*Arch. gén. de méd.*, 3.ª série, 1842, t. XV, p. 265).

Entre las enfermedades anteriores que han padecido los sugetos, ninguna se ha observado con tanta frecuencia como el *reumatismo articular*, y así tambien es la única que se puede considerar como causa predisponente de la enfermedad que nos ocupa (1).

## 2.º Causas ocasionales.

En dos casos que citan Guyot y Henderson, parece que la causa ocasional de la afeccion habia sido un *esfuerzo* ó un *golpe violento*, y en estos casos los primeros sintomas se presentaron de un modo repentino. Hemos observado hace poco un hecho análogo, y el doctor Richard Quain (2) ha reunido por su parte cuatro observaciones, en las cuales apareció de pronto la enfermedad durante un esfuerzo. En ningun otro se ha podido descubrir la existencia de una causa ocasional.

## § III.—Sintomas.

*Invasion.* En el mayor número de casos la afeccion invade gradualmente, y los sugetos experimentan los sintomas comunes á las diversas enfermedades del corazon: sensacion de incomodidad en la region precordial, palpitaciones, disnea, aparicion y desaparicion de edemas parciales, cuyos sintomas van sin cesar aumentando, aunque de un modo irregular, hasta que al fin se presenta la enfermedad con los caracteres que vamos pronto á describir. Por el contrario, en algunos casos la invasion es repentina, y ya hemos citado mas arriba los que han referido Guyot, Henderson, R. Quain y el que nosotros mismos hemos observado. Aran ha publicado otro, en el cual espontáneamente sin causa ocasional apreciable y en el momento en que el enfermo se metia en la cama, sobrevino una disnea notable y un síncope, cuyos fenómenos se han reproducido en seguida y han sido seguidos de los sintomas progresivos de una insuficiencia de las válvulas.

En los casos que ha observado Richard Quain, se notó tres veces un dolor repentino y escetivo en la region del corazon, y nosotros hemos tenido ocasion de observar uno que nos parece semejante en un oficial de caballería, en quien se han declarado los sintomas de la insuficiencia despues de un dolor dislacerante y repentino en la region del corazon. Mas adelante veremos á qué lesion particular se debe atribuir esta invasion repentina.

*Sintomas.* Confirmada ya la enfermedad, tiene el médico que considerar los sintomas locales y los generales, de los cuales los primeros son los que se han estudiado con mas cuidado, y que, en efecto, lo merecen, porque son los que sirven mas particularmente para caracterizar la afeccion.

(1) Véase Bouillaud, *Traité clinique du rhumatisme articulaire*, Paris, 1840, en 3.º

(2) Richard Quain, *Month. Journ. of med. sc.*, diciembre de 1846.

Corrigan habia dado como signo principal de la insuficiencia de las válvulas aórticas la existencia de un *ruido de fuelle*, que se estienda á gran parte de la aorta, y que, segun este autor, *reemplaza al segundo ruido del corazon*. Guyot adoptó esta opinion, apoyándose en sus propias observaciones, y se admitia generalmente este signo como el mas importante, cuando Henderson trató de probar que no tenia todo el valor que se le suponía, fundándose: 1.º en que en ciertos casos no se ha indicado el ruido de fuelle en el segundo tiempo; y 2.º en que este ruido anormal puede depender lo mismo de una estrechez del orificio mitral que de la insuficiencia aórtica. En la actualidad sabemos ya lo que debemos pensar respecto á esta última objeccion; pero en cuanto á la primera, el exámen de las observaciones vá á decir el valor que tiene la opinion de Henderson. En doce casos tomados de diversos autores, con el objeto de ilustrar esta cuestion, ha existido constantemente un ruido anormal en el segundo tiempo; es cierto que en un número bastante considerable habia igualmente el ruido de fuelle en el primer tiempo, pero se halla una razon suficiente de este fenómeno en la existencia de complicaciones, tales como una estrechez mitral ó aórtica. Estos son especialmente, como lo ha hecho notar Aran, los casos de insuficiencia con estrechez, que hacen tener como dudoso el diagnóstico, porque no se ha reflexionado bastante que hay un ruido que pertenece á la estrechez, y que se percibe en el primer tiempo, y otro dependiente de la insuficiencia, que se efectúa en el segundo, y lo que hace que no quede ninguna duda acerca de la realidad de esta esplicacion, es que en los casos en que existe sola la insuficiencia, el ruido normal se halla limitado al segundo tiempo sin ninguna escepcion.

Las variedades que puede presentar este ruido anormal solo tienen un valor secundario. Se le ha hallado el carácter de un murmullo musical, de un silbido, una especie de zumbido ó de un ruido semejante al arrullo de un pichon, de lo que ha citado ejemplos el doctor Watson (1). Es muy raro que este murmullo sea áspero y se parezca al de sierra ó escofina, tan frecuente en los casos de estrechez, y así es que se ha hecho de su suavidad y poca intensidad un carácter particular de la insuficiencia de las válvulas; pero como la suavidad ó aspereza del sonido no tan solo dependen de la fuerza de la corriente sanguínea, sino tambien del estado de induración ó blandura de las válvulas, de aquí resulta que esta regla no es constante. En efecto, tenemos á la vista observaciones en las cuales el ruido anormal se ha aproximado al de escofina, y tomó un grado bastante considerable de intensidad.

Importa mucho notar el *punto* en que se produce el ruido de fuelle: de las observaciones resulta que tiene su mayor intensidad un poco mas arriba de la base del corazon, y que se percibe á bastante altura en el trayecto de la aorta.

(1) Watson, *Lond. med. Gazette*, t. XIX.

Aunque las válvulas alteradas no pueden obliterar el calibre de la aorta, se aproximan, sin embargo, pero no se reúnen sino para formar una verdadera estrechez, porque dejan entre sí un simple agujero mas ó menos considerable. De aquí resulta que empujada la sangre hácia el ventrículo por el sistole arterial, halla un orificio anormal con todas las condiciones necesarias para producir las vibraciones que dan origen al ruido de fuelle. Pero aquí puede presentarse una objeccion. ¿Cómo admitir en la teoría de Beau, que la sangre vuelva á entrar en el ventrículo, cuando este está contraído? Esta es una de las dificultades de que hemos hablado, que, sin embargo, no nos parece insuperable. Se concibe muy bien que despues de una contracción muy activa, volviendo el ventrículo á quedar en reposo, se debe relajar un poco por el esfuerzo de la *regurgitación* sanguínea, y probablemente es lo que sucede. Además, Beau (1) hace notar que en el estado de reposo se halla el ventrículo, no contraído, sino en *contractilidad*, la cual permite la distension por el retroceso de la sangre. Finalmente, esta dificultad se encuentra en todas las teorías, si se exceptúa la de la dilatación activa, que tiene tan pocos partidarios; en efecto, si no se admite esta dilatación activa, si, como Hope, el comité de Lóndres, etc., solo se reconoce una dilatación causada por la sangre procedente de la aurícula, no hay razon para ello, y menos todavía para admitir la posibilidad del reflujó de la sangre en el ventrículo.

Los casos en que asegura el doctor Henderson que no habia ningun ruido anormal, ¿han sido bien observados? No es posible decidirlo, en razon á que este autor no cita las observaciones. Ya hemos dicho que, segun Corrigan y Guyot, el ruido anormal reemplaza al segundo ruido normal; pero habiendo Beau y Gendrin practicado la auscultación mas allá de los límites en que se oye el primero de estos dos ruidos, han notado que todavía se percibe el segundo ruido normal, lo que el último de estos dos autores atribuye únicamente á la persistencia del ruido normal en las partes derechas del corazon, opinion que discutiremos mas adelante. De lo dicho resulta que un *ruido anormal en el segundo tiempo* es un signo constante de la insuficiencia de las válvulas aórticas, y que si en algunos casos se ha hallado en el primer tiempo algun ruido de esta especie, dependia de que habia complicación.

El *arrullo vibratorio* ó *de gato* se observa rara vez en los casos de insuficiencia aórtica, especialmente si no hay complicación; sin embargo, se ha percibido en tres de los casos que tenemos á la vista, y en dos de ellos se prolongaba por grande estension de la aorta y hasta á las carótidas.

La auscultación de las arterias revela además la existencia de los ruidos de fuelle que pueden tener cierta importancia para el diagnóstico. Duroziez (2) ha indicado como un signo patognomónico de la

(1) Beau, *Arch. gén. de méd.*, 4.ª série, 1844, t. V, p. 523.—*Traité experimental et clinique d'auscultation*.

(2) Duroziez, *Arch. gén. de méd.*, abril y mayo de 1861.