

te avec hématurie ; cette douleur peut s'irradier aux organes génitaux urinaires, et il y a du ténesme vésical, des douleurs à la miction et même de la rétention d'urine. Dans certains de ces cas on a diagnostiqué : tuberculose rénale et vésicale, pyélonéphrite, rein calculeux et abcès périnéphritiques.

L'embolie mésentérique s'accompagne de douleurs abdominales de siège variable, d'occlusion intestinale, de meloena.

L'embolie au cerveau est très fréquente et ses signes cliniques varient suivant son siège. On a aussi observé des embolies pulmonaires dans l'endocardite du cœur droit et des embolies de l'artère ophthalmique et des artères rétiniennes.

L'embolie des artères des membres peut atteindre soit les membres supérieurs soit les membres inférieurs ; elle se manifeste par une douleur brusque et vive bien localisée comparée par les malades à un coup de poignard. Puis surviennent de l'impotence du membre atteint, de la pâleur, du refroidissement et des troubles de la sensibilité cutanée, de la cyanose et de l'oedème. Ces troubles rétrocèdent s'il peut se produire une circulation collatérale suffisante à la nutrition du membre sinon on observe des troubles trophiques, du sphacèle limité ou généralisé à l'extrémité avec infection locale et septicémie.

Une complication de l'embolie, c'est le développement d'anévrismes. Ils restent quelquefois de petit volume et il faut penser à les rechercher aux bifurcations, en particulier sur le trajet des fémorales. Ils se développent très rapidement pour atteindre en quelques jours le volume d'une petite orange. Cet anévrisme est pulsatif et donne aux doigts qui le palpent une sensation d'expansion. De semblables ectasies vasculaires peuvent aussi se développer sur les artères viscérales ; elles restent souvent latentes jusqu'au jour où leur rupture s'accompagne d'une hémorragie méningée, cérébrale ou intra-péritonéale mortelle.

Lutembacher décrit une forme asystolique de l'endocardie qui se rencontre fréquemment. Il s'agit d'un cardiaque dont le syndrome réagit peu ou pas à l'action des toni-cardiaques ; il y a un léger mouvement fébrile qui doit faire soupçonner l'endocardite maligne. Ou encore le malade est légèrement hyposystolique et surviennent des embolies successives accompagnées ou non d'un léger mouvement fébrile ; les embolies ne sont pas la conséquence d'une thrombose purement mécanique par stase intra-cardiaque mais sont, dit Lutembacher, dues à une endocardite soit valvulaire soit pariétale.

Ainsi toute asystolie fébrile doit faire penser à l'existence d'une endocardite et le processus infectieux agrave la défaillance myocardique (asystolie fébrile irréductible).

*Evolution.*—Dans le plus grand nombre de cas la terminaison est fatale à plus ou moins longue échéance.