

tent dans lesquels on a pu noter son absence, et elle apparaît en même temps que l'induration du chancre, ou mieux dans le premier ou le second septénaire à dater de son début ; de plus, elle est multiple, dure, indolente, non accompagnée de réaction inflammatoire, et si, par hasard, un des ganglions affectés vient à suppurer, le produit de suppuration n'est jamais inoculable.

Concomitante de chacune des variétés de l'accident initial de la syphilis, cette adénopathie a un siège variable, toujours en rapport avec celui de la lésion à laquelle elle est intimement liée. Dans l'aîne, où on la trouve le plus fréquemment, elle peut occuper les deux côtés à la fois, à cause sans doute de l'entre-croisement sur la ligne médiane des vaisseaux lymphatiques de cette région, car cette double action n'a pas ordinairement lieu avec un chancre d'un autre point du corps, à moins qu'il ne soit très-rapproché de la ligne médiane.

D'abord simple tension ganglionnaire, indolente et fréquemment ignorée du malade, le bubon spécifique, arrivé à son complet développement, consiste en une tuméfaction relativement peu considérable, ferme, remarquablement dure, d'un seul et le plus souvent de l'ensemble des ganglions situés dans l'atmosphère lymphatique qui circonscrit la lésion locale. Ces ganglions constituent alors autant de tumeurs petites, ne dépassant guère le volume d'une aveline, arrondies ou ovalaires, résistantes, élastiques, mobiles sur les parties qui les entourent et indépendantes les unes des autres. Situées sous la peau, qui conserve sa coloration normale, et dans un tissu cellulaire sain, ces tumeurs, complètement indolentes, rappellent au doigt qui les presse la sensation que donne l'induration du chancre syphilitique. Elles sont en général de même grosseur, mais parfois on trouve un ganglion plus volumineux, en relation plus directe avec la lésion initiale. Ce ganglion (ganglion anatomique de Ricord), qui occupe le point central, et autour duquel les autres ganglions forment comme autant de satellites, est de préférence appelé à suppurer lorsqu'une cause vient à modifier la surface de l'ulcère primitif, et, à plus forte raison, quand ce dernier passe lui-même à la suppuration.

C'est là une première cause de suppuration des bubons syphilitiques, la constitution et les habitudes du malade en sont une autre. Chez les individus à constitution strumeuse, les ganglions, au lieu de rester petits et durs, prennent parfois un développement plus grand en même temps qu'ils donnent lieu à une sensation de mollesse plus marquée. Les excès de coït, les marches forcées peuvent de même changer la nature du bubon spécifique ; mais, dans tous les cas, la suppuration est assez rare pour que Melchior Robert (1) ne l'ait observée que 5 fois sur 33 cas ; et comme le pus n'est pas inoculable, la plaie d'ouverture se referme rapidement. Une exception doit être faite cependant pour les cas où un chancre mou vient à s'inoculer sur un chancre dur, et pour ceux dans lesquels la sécrétion du chancre syphilitique se trouve modifiée par un agent irritant ou par le phagédénisme. La coexistence des deux ordres d'accidents étant possible, on conçoit que les diverses espèces d'adénites puissent se rencontrer simultanément sans qu'il y ait lieu d'en être surpris. Il n'en est pas moins vrai que des lois fixes et

(1) *Nouveau Traité des maladies vénériennes*. Paris, 1861, p. 420.

inexorables régissent tous ces accidents, et si l'on a pu en contester la rigueur, c'est uniquement parce qu'on n'a pas toujours su saisir les circonstances qui donnent lieu à ce qu'on appelle trop fréquemment une exception. Les conditions particulières et les influences tout à fait étrangères à la syphilis mises de côté, on peut établir que jamais le bubon spécifique ne suppure.

Remarquable par sa ténacité, cet accident survit dans la majorité des cas à la lésion initiale, il persiste des mois ou même des années après la cicatrisation de cette dernière, et il se retrouve lorsque depuis longtemps déjà il n'y a plus trace d'induration chancreuse. Cette circonstance importante n'est pas sans utilité pratique, elle peut mettre sur la voie d'une syphilis constitutionnelle inconnue ou cachée. La résolution est le mode de terminaison ordinaire du bubon spécifique ; mais on ignore si toujours en pareil cas les glandes lymphatiques reprennent leurs fonctions normales.

Au point de vue du *diagnostic*, l'adénite simple inflammatoire ne pouvant, à cause de son caractère d'acuité, être confondue avec le bubon syphilitique, les altérations ganglionnaires strumeuses ou cancéreuses sont seules susceptibles de prêter à l'erreur et de donner le change. Si l'adénopathie cancéreuse secondaire n'offre aucune difficulté sérieuse de diagnostic, il n'en est pas de même du cancer primitivement développé au sein des ganglions ; toutefois c'est là une affection rare, qui se distingue par sa marche progressive, par le changement de consistance de la partie malade, les douleurs dont elle est le siège, et, à une certaine période, par un état violacé particulier, sinon par l'ulcération de la peau qui la recouvre, l'apparition et les progrès de la cachexie cancéreuse. Les lésions ganglionnaires de la scrofule s'observent principalement chez les individus doués d'un tempérament lymphatique ; elles ont pour siège de prédilection les glandes lymphatiques des régions cervicale et sous-maxillaire, rarement les ganglions inguinaux ; elles forment des masses plus ou moins considérables, constituées par une agglomération de ganglions volumineux, d'une consistance ordinairement molle, avec tendance à une suppuration froide, de longue durée, généralement suivie de trajets fistuleux plus ou moins étendus. Le bubon spécifique est par lui-même sans gravité ; cependant il ne faut pas oublier qu'il est l'indice certain d'une infection syphilitique.

Lymphangites. — Les vaisseaux lymphatiques qui servent de trait d'union entre l'accident initial et les bubons ne sont pas toujours exempts d'un certain degré d'altération. Ils peuvent présenter les diverses modifications qui se rattachent aux ganglions eux-mêmes, et ainsi il y a lieu d'admettre : 1° une lymphangite simple ; 2° une lymphangite virulente ou mieux vénérienne ; 3° une lymphangite syphilitique.

La lymphangite syphilitique seulement mérite de nous arrêter. Bien connue depuis les travaux de Scemmerring, de Vacca Berlinghieri, de Ricord et de Bassereau, elle est caractérisée par la présence de petits cordons durs, indolents, élastiques, noueux, renflés sur quelques points de leur étendue, suivant la direction des vaisseaux lymphatiques, et mobiles sous le tégument qui reste sain à leur niveau. Ces cordons, ainsi que Bassereau a pu s'en assurer dans un cas, sont formés par les parois mêmes des vaisseaux lymphatiques, épaissies et indurées par une inflammation adhésive, analogue en tout point à celle que

ne manquent jamais de présenter les ganglions correspondants. C'est donc avec raison qu'on peut donner à cette altération le nom de lymphangite spécifique. Sa marche d'ailleurs est lente ; sa durée est de plusieurs mois ; la résolution est sa terminaison habituelle ; elle ne suppure jamais, à moins de complication de l'accident initial. C'est vraisemblablement à une lymphangite diffuse ou des réseaux lymphatiques qu'il convient d'attribuer certaines indurations circonscrites et assez semblables à l'induration primitive qui parfois se produisent dans le voisinage de cette dernière.

État général de l'économie dans le cours de l'accident primitif. — Les lésions locales ci-dessus étudiées ne sont pas toujours les seuls désordres qu'imprime à l'organisme l'agent morbide syphilitique. Si bien des fois, les individus contaminés ne manifestent aucun trouble général, il est des cas cependant où ces malades éprouvent du malaise, de la fatigue, de la courbature, une faiblesse inaccoutumée, des douleurs vagues, des palpitations, une décoloration marquée des téguments, un sentiment d'inquiétude et de tristesse, et où enfin ils présentent des bruits de souffle vasculaire et tous les symptômes de la chloro-anémie, y compris la modification du liquide sanguin. Les recherches pleines d'intérêt de Ricord et Grassi ont fourni sur ce point des données importantes (1). De ces recherches il résulte que pendant le cours du chancre induré, qu'il y ait ou non syphilide concomitante, le sang subit une altération qui se traduit par une diminution dans la quantité des globules et une augmentation dans la proportion de l'albumine. Au lieu de $\frac{140}{1000}$ qui, d'après Becquerel et Rodier, serait la proportion moyenne des globules sanguins chez l'homme, Grassi a constaté dans la période du chancre syphilitique une diminution telle, que cette proportion n'était plus, dans certains cas, que de $\frac{48 \text{ à } 60}{4000}$. Il était intéressant de savoir ce que devenait le sang des malades affectés de chancres simples ; or, l'analyse du liquide sanguin dans cette condition a démontré ce fait important, que ce liquide ne subit aucun changement appréciable. Par conséquent, avec le chancre simple, le sang reste pur ; avec le chancre induré, il est plus ou moins profondément vicié. Mais à quoi tiennent ces différences, comment les interpréter dans l'état actuel des connaissances physiologico-pathologiques ? Cette question, difficile à résoudre, est cependant abordable ; la traiter ici serait nous exposer à des redites, et nous préférons la renvoyer au chapitre où nous nous occuperons de l'étude des altérations des glandes vasculaires sanguines.

§ 3. — Diagnostic et pronostic de la syphilis à la période d'éruption locale.

A cette période, malgré les données que nous possédons, le diagnostic de la syphilis met souvent en échec le jugement des praticiens les plus consommés. Faut-il s'en étonner ? nullement. Faut-il s'en plaindre ? pas absolument ; car, dans la majorité des cas, il n'en résulte aucune indication thérapeutique générale immédiate.

Deux signes d'une importance majeure et sans la réunion desquels il ne peut

(1) Voyez *Leçons sur le chancre*, rédigées par Alf. Fournier, p. 184, 2^e édit.

y avoir de certitude, suivant Ricord, sont l'*induration* de l'accident local et l'*adénopathie polyganglionnaire*. La valeur de ces signes n'avait pas échappé aux premiers syphiligraphes, car Louis Lobera écrivait : « Il paraît quelquefois sur la verge des ulcères durs et calleux ; c'est là un signe certain du mal français, surtout lorsqu'il se manifeste dans l'aîne un apostème qu'on nomme bubon. » Mais en l'absence de l'un ou l'autre de ces signes, on aurait tort de nier l'existence d'une infection syphilitique. Les chancres de l'anus, ceux de la partie moyenne du gland, les chancres de l'orifice vulvo-vaginal, ne s'indurent que peu ou pas, au dire de quelques auteurs, et cependant ils sont souvent infectants. Si donc, malgré le défaut d'induration de la lésion locale, on constate la présence d'une pléiade ganglionnaire dure, élastique, chondroïde, dans la région lymphatique correspondante à cette lésion, l'existence de la syphilis est encore très-probable ; j'ajouterai qu'elle n'est pas douteuse, lorsqu'une ulcération légère, superficielle, ne donnant lieu qu'à un suintement séreux, est depuis longtemps persistante. Si, au contraire, l'adénopathie fait défaut, il y a de grandes probabilités en faveur d'un chancre mou ou vénérien, surtout quand l'ulcération gagne en profondeur plutôt qu'en étendue. Les probabilités se changent pour ainsi dire en certitude lorsque survient une adénite monoganglionnaire, rouge et suppurative.

Personne ne contestera que la réunion d'une induration chancreuse et d'une adénopathie polyganglionnaire ne constitue un caractère important pour le diagnostic de la syphilis à la période d'éruption locale ; mais la constatation de ces symptômes est quelquefois difficile, et exiger absolument leur réunion, c'est s'exposer à méconnaître quelquefois la syphilis. D'ailleurs, la valeur diagnostique de l'induration chancreuse est généralement exagérée, et c'est là une cause d'erreur. Souvent, si elle ne fait défaut, cette induration est si peu accusée qu'elle peut être méconnue ou paraître douteuse. Cette circonstance est, pour les partisans de l'unitéisme, une arme dont ils n'oublient pas de se servir ; en effet, se trouvant en présence d'un ulcère peu ou pas induré, ils prétendent avoir affaire à un chancre mou, et lorsque plus tard surviennent les accidents consécutifs, ils ne manquent pas de dire que ce chancre a été le point de départ de la syphilis. Telle est, selon nous, la principale source de la persistance du débat entre unitéistes et dualistes. Ce débat, nous en sommes convaincu, est la preuve irréfutable de la difficulté du diagnostic du chancre à l'aide des signes généralement indiqués. Pour s'entendre à cet égard, il importe de s'appliquer à décrire exactement les différentes modalités de l'accident primitif, qui, à l'exemple des manifestations secondaires, peuvent être rattachées à un certain nombre de types, et de faire connaître ensuite les caractères généraux de ces divers types. Ce sont ces caractères que nous avons à rechercher. Or, un des plus importants signes diagnostiques nous est fourni par la composition même du produit histologique, qui varie peu ou pas. Celui-ci, constitué par des éléments conjonctifs, embryonnaires, se couvre d'un exsudat séreux, mais rarement ou jamais d'un exsudat purulent. L'ulcère, une fois formé, se trouve recouvert de débris cellulaires, plutôt que de pus, jusqu'au moment où arrive sa réparation. L'absence de suppuration, bien qu'elle soit un caractère négatif, n'en est pas moins un signe du chancre infectant, et ce signe a une grande valeur diagnostique par rapport au chancre non in-

fectant, dont l'abondante suppuration est connue. Un autre caractère du chancre syphilitique est sa circonscription bien tranchée, son peu de tendance à s'étendre, soit en profondeur, soit en largeur. Ce chancre se fait remarquer enfin par un début insidieux, une évolution lente et peu douloureuse, une durée toujours longue, malgré le traitement le mieux approprié. Ajoutons en dernier lieu qu'il n'est pas auto-inoculable, car lorsqu'il s'inocule, c'est uniquement à la suite d'une suppuration artificielle, et le produit d'inoculation ne présente jamais les caractères du chancre initial. En résumé, considérés d'après leur ordre d'importance, les signes du chancre syphilitique sont les suivants : 1° l'irréinoculabilité, qui est en quelque sorte son caractère pathognomonique ; 2° la tendance à la plasticité ou le défaut de suppuration ; 3° l'induration spécifique, qu'il faut éviter de confondre avec celle qui résulte de l'application de substances caustiques ou astringentes à la surface d'un chancre simple. Enfin, la valeur diagnostique de ces signes est toujours notablement accrue par la coexistence d'adénopathies ganglionnaires indolentes et multiples.

Plusieurs affections peuvent simuler l'accident primitif de la syphilis. Les ouvriers qui emploient l'arsénite de cuivre sont exposés à voir se développer sur la verge des indurations assez analogues à celles du chancre induré (1) ; mais des ulcérations semblables sont disséminées sur d'autres parties du corps ; à leur centre, on peut apercevoir une matière verdâtre caractéristique, et il n'y a pas de retentissement ganglionnaire indolent. Les tumeurs gommeuses de petit volume, isolées et ulcérées, simulent également bien le chancre syphilitique ; l'absence, en pareil cas, de l'adénopathie spécifique, l'évolution particulière du produit gommeux, empêcheront la confusion.

L'herpès ne prètera pas davantage à l'erreur. La multiplicité des vésicules, leur groupement, la coloration rosée des ulcérations qui leur succèdent, l'absence d'induration, de retentissement ganglionnaire indolent, la promptitude de la réparation, sont autant de circonstances qui serviront à différencier cette affection de l'érosion chancreuse, qui est l'accident avec lequel elle a le plus d'analogie. Ces mêmes caractères, l'induration exceptée, permettront de ne pas confondre le chancre avec les furoncles des grandes lèvres.

Il peut arriver cependant de rencontrer en dehors de la syphilis une ulcération isolée, avec induration de la base et un ou plusieurs ganglions fermes et mobiles au niveau de la région lymphatique correspondante. Dans ces circonstances, on reconnaîtra qu'il ne s'agit plus de l'accident primitif de la vérole, mais d'un épithélioma, en tenant compte de la marche de la lésion locale, toujours plus lente dans le cancroïde, où d'ailleurs n'apparaissent jamais de phénomènes secondaires comme dans le chancre qui dure longtemps. L'intervention du microscope pourrait du reste avoir ici quelque utilité.

Mais il ne suffit pas de savoir distinguer la syphilis de ce qui peut la simuler ; il est encore du plus grand intérêt de différencier le chancre syphilitique, accident initial constitutionnel, du chancre vénérien, accident purement local ; sous ce rapport, le tableau suivant, qui résume les caractères propres à l'un et à l'autre de ces deux états pathologiques, sera consulté avec utilité :

(1) Voy. Follin, *Note sur l'éruption papulo-ulcéreuse qu'on observe chez les ouvriers maniant le vert de Schweinfurt*, dans *Archives de médecine*, décembre 1857.

CHANCRE SYPHILITIQUE.

Incubation d'une durée moyenne de vingt-sept jours.

Accident ordinairement solitaire, unique, irréinoculable au porteur.

Consiste en une papule plus ou moins volumineuse, qui s'érode ou produit une ulcération superficielle sans décollement des bords, lisse, sécrétant de la sérosité, excepté dans la période de cicatrisation.

Pour ainsi dire toujours accompagné d'adénites fermes, indolentes, multiples, non suppuratives.

Susceptible d'être influencé par des agents particuliers, tels que le mercure et l'iode de potassium.

CHANCRE VÉNÉRIEN.

Incubation nulle ou seulement de quelques jours.

Affection caractérisée le plus souvent par des lésions multiples, indéfiniment réinoculable à l'individu qui en est affecté.

Se montre sous forme d'une vésico-pustule qui se termine par une ulcération profonde à bords décollés, taillés à pic, et fournit une sécrétion purulente abondante.

Accompagnée dans quelques cas seulement d'une adénite qui produit un pus inoculable.

Échappe complètement au pouvoir des médicaments altérants, si elle n'est aggravée par leur emploi.

Lorsque ces accidents sont contractés en même temps, ils se distinguent, par leurs caractères propres, qui apparaissent successivement et dans un espace de temps toujours en rapport avec la durée d'incubation particulière à chacun d'eux.

Il serait oiseux d'insister sur les différentes raisons qui attestent que le pronostic du chancre vénérien, affection toute locale, est beaucoup moins grave que celui du chancre syphilitique, expression symptomatique d'une maladie générale par excellence. Mais la syphilis étant reconnue, quelle indication pronostique peut-on tirer des formes variées de la première manifestation de cette maladie ? Indice infallible d'une infection générale, l'accident primitif peut-il, d'après ses caractères objectifs, faire connaître le degré de gravité que présentera plus tard la syphilis qu'il révèle ? En d'autres termes, y a-t-il un rapport constant entre la forme de cet accident et la gravité des manifestations consécutives ?

Agitée d'abord par Carmichael et Rinecker, cette question a été, de la part de Bassereau, l'objet de recherches qui lui ont permis de formuler, sous forme de loi, la proposition suivante : « Après les chancres indurés bénins, surviennent les éruptions bénignes et les affections des divers tissus sans tendance à la suppuration. Après les chancres indurés phagédéniques, surviennent les syphilides pustuleuses graves, les affections ulcéreuses de la peau plus tardives, les exostoses suppurées, les nécroses et les caries. » Diday, faisant appel aux relevés statistiques de Bassereau et à sa pratique personnelle, conclut qu'un vrai chancre correspond à une vérole forte et qu'avec l'érosion chancreuse on doit s'attendre à une vérole faible. Bazin signale la fréquence du chancre phagédénique dans la syphilis maligne, et l'un de ses élèves, Dubuc, fait remarquer que sur neuf cas de syphilide précoce maligne, quatre fois le phénomène initial a été un chancre phagédénique. Il cite, en outre, deux cas observés par Verneuil, dans lesquels ce même accident avait marqué le début de la maladie. Langlebert considère le chancre comme la pierre de touche de la constitution. Il pense que par l'action qu'exerce

cette détermination morbide sur les tissus il est facile de voir la marche des accidents consécutifs, soit prochains, soit éloignés, qui pourront se manifester. « La bénignité du chancre annoncera, dit-il, des symptômes constitutionnels peu graves; sa malignité permettra, au contraire, de prévenir des symptômes consécutifs d'une plus grande gravité. » Partant de ce fait, qui, à notre avis, demanderait des preuves nouvelles, le même auteur incline à croire que l'intensité de la syphilis est proportionnelle à la qualité du virus inoculé, et il ajoute : « S'il en était ainsi, peut-être trouverait-on alors dans cette corrélation un élément pour la solution du grand problème de la vaccination syphilitique. En effet, que certaines formes légères de la syphilis soient sous la dépendance exclusive du virus qui les produit, je soupçonne qu'une voie nouvelle serait ouverte qui peut-être conduirait au but que nous signalons. »

Ce sont là malheureusement de simples vues de l'esprit que nous ne pouvons accepter. L'accident primitif n'étant que la première manifestation de la maladie, ce n'est pas, suivant nous, sa modalité particulière qui rend la syphilis plus ou moins grave; il est nécessairement subordonné à la constitution générale du sujet, aussi bien que les manifestations ultérieures. Ainsi, de toutes ces observations, un seul fait resterait acquis, à savoir : que la lésion initiale de la syphilis indique déjà la mesure de la susceptibilité de l'organisme à l'action du virus syphilitique.

CHAPITRE III

PÉRIODE D'ÉRUPTION GÉNÉRALE, DITE DES ACCIDENTS SECONDAIRES.

La syphilis, que traduit tout d'abord une simple lésion locale, ne tarde pas à montrer de la tendance à la généralisation et à la multiplicité des formes morbides, ce qui lui a valu, à juste titre, la dénomination de protée que lui donna Fallope, l'un des premiers. Après un espace de temps susceptible de varier suivant les climats, ou même suivant les individus, généralement, dans nos contrées, 40 à 50 jours (Mac-Carthy) après l'apparition du chancre, par conséquent 60 ou 70 jours après l'insertion du virus syphilitique, 67 jours après le début de l'accident primitif, suivant un relevé de 92 cas fait par Leudet (1), parfois aussi au bout de plusieurs mois, surviennent des accidents nouveaux, qui, par l'ensemble de leurs caractères, constituent une période distincte dans l'évolution de la syphilis. Ces accidents, qui intéressent surtout les parties les plus superficielles de la peau et des muqueuses voisines des orifices naturels, justifient à notre sens la dénomination de période d'éruption générale que nous donnons à cette phase, quoiqu'elle présente des lésions plus profondément situées, et dont les muscles, les os, certains nerfs, l'œil, le foie, sont les principaux centres d'élection. Telle n'était pas, toutefois, l'opinion de Hunter, qui représentait la syphilis comme une maladie s'avancant, dans sa marche progressive, de la périphérie au centre du corps, attaquant d'abord les membranes tégumentaires dans sa première période, et finissant par envahir les tissus

(1) *Gazette médicale de Paris*, p. 369, 1849.

fibreux et les os dans la seconde; mais la loi formulée par cet auteur nous paraît, comme à Bassereau et à Follin, devoir être modifiée pour être exacte.

Les accidents de cette période se rencontrent partout avec des caractères très-analogues, sinon identiques, fort différents, dans tous les cas, de ceux qui appartiennent aux manifestations de la période subséquente. L'altération anatomique qui leur est propre présente, en effet, un cachet particulier; toujours limitée aux couches les plus superficielles, à l'écorce, si je puis dire ainsi, des parties intéressées, elle consiste en une hyperémie à marche plutôt chronique qu'aiguë, accompagnée parfois d'une exsudation séreuse ou purulente, ou même de la formation d'éléments jeunes de tissu conjonctif ne produisant jamais les nodosités connues sous la dénomination de *gommès*. Par sa nature comme par son siège, cette altération ne laisse aucune trace de son passage; elle n'est jamais, comme les lésions qui lui succèdent, suivie de cicatrices ou de destructions organiques, et souvent elle existe avec des adénopathies superficielles, dures, élastiques, chondroïdes. Un caractère non moins important de ces accidents, c'est leur *généralisation*. Toujours, en effet, ils occupent plusieurs points du corps à la fois; non-seulement ils se disséminent à la surface de la peau ou des muqueuses, mais ils peuvent atteindre la plupart des organes. Dans ces dernières parties, la lésion anatomique présente des caractères semblables à ceux des déterminations morbides des téguments externe et interne. Ainsi, aux articulations, tandis que plus tard elle revêtira les caractères de la tumeur blanche et restera localisée le plus souvent à un seul genou, on la voit tout d'abord attaquer plusieurs jointures à la fois, et simuler à s'y méprendre le rhumatisme articulaire aigu. L'apparition par poussées successives, les récidives, appartiennent également aux manifestations syphilitiques de cette époque qui ont encore pour symptôme commun d'être le plus souvent précédées ou accompagnées de phénomènes fébriles. C'est donc la nature des déterminations pathologiques, et non leur siège, qui caractérise cette période de la syphilis.

Les accidents secondaires se distinguent encore, ceux-là du moins qui fournissent un produit de sécrétion, par l'inoculation possible de ce produit. Le sang paraît pouvoir être inoculé pendant tout le cours de cette période, où la transmission héréditaire est à sa plus haute puissance. Outre cette qualité particulière, le liquide sanguin est le siège de modifications plus ou moins profondes, mais peu différentes de celles que nous avons déjà signalées à propos de la période d'éruption locale; car, à vrai dire, ce n'est guère qu'à l'époque de l'apparition des manifestations dont il s'agit que survient la diminution des globules rouges et l'augmentation de la proportion d'albumine; c'est à ce moment aussi qu'il est parfois possible de constater une proportion plus grande de leucocytes ou globules blancs (leucocytose).

Nous pourrions pousser plus loin ces considérations et mieux faire saisir les analogies des lésions de la peau et de celles des viscères dans cette nouvelle phase; mais nous en avons dit assez pour montrer que la syphilis, à cette période, ne borne pas uniquement son action aux membranes tégumentaires, comme semblent le supposer la plupart des auteurs; et puisque cette maladie dissémine ses effets dans différents organes, et qu'elle est souvent précédée