

Tout d'abord disons que le diagnostic est basé sur un signe de certitude d'une part "*la constatation du bacille*" et sur "*les réactions de l'organisme*" consécutives à l'invasion du Koch, d'autre part. Il faut se rappeler que l'*hérédité-parasitaire* existe, mais rarement, au contraire l'hérédité-prédisposition est la règle: en d'autres termes, on naît très rarement tuberculeux, mais on naît sûrement tuberculisable. Donc les causes prédisposantes congénitales ou acquises attireront l'attention.

Il faut faire subir au consultant un interrogatoire méthodique, scientifique et sévère, ne rien omettre qui puisse laisser des doutes sous ce rapport.

Toute maladie des procréateurs surtout de la mère favorise l'éclosion, chez le réjeton, de troubles dystrophiques, tuberculose, syphilis, alcoolisme, misère, surménage, maladies nerveuses, etc.

Enfin cette partie de l'examen terminée on passe aux signes cliniques. Il va sans dire que notre intention n'est pas de passer en revue tous les symptômes de la tuberculose. Ce qui retiendra surtout notre attention sera la symptomatologie de la "*phthisis incipiens*", période de début, de germination et d'agglomération des tubercules puis les moyens de laboratoire à la portée du médecin praticien.

PÉRIODE DE GERMINATION ET D'AGGLOMÉRATION DES TUBERCULES

C'est au début que le diagnostic doit être fait, car de sa précocité dépend le salut du malade.

Grancher fait du tuberculeux la description suivante: le sujet est pâle, maigre avec saillie des veines sous la peau, gracilité du cou, appétit faible ou languissant sans qu'on constate aucun trouble des voies digestives pouvant les expliquer, leur résistance à la fatigue est faible, dans ce cas, leurs traits se tirent, les yeux