

plus souvent elle est intermittente, entrecoupée d'exacerbations aiguës présentant de véritables trêves. (1)

Quand la tuberculose s'attaque au parenchyme pulmonaire, elle entraîne un processus d'alvéolite (2) mal délimitée. Le tissu pulmonaire est le siège d'inflammations analogues aux phénomènes pneumoniques. Et pour sa dissémination le virus emprunte volontiers les voies lymphatiques, qui réagissent par l'inflammation sous l'effet du passage microbien. La lymphangite est fréquente dans les poumons tuberculeux et l'adénopathie trachéo-bronchique la règle presque absolue (3) On connaît encore la loi des adénopathies similaires de Parrot, loi très générale rarement prise en défaut. Ce c'est un fait admis par les phtisiologues que la tuberculose pulmonaire chronique est le résultat d'une infection de l'enfance endormie dans les cicatrices pulmonaires et peut-être plus sûrement dans les ganglions du voisinage. C'est la trêve; elle peut être très longue, mais le bacille est là prêt à essaimer sous l'influence des causes les plus diverses.

Le bacille ne s'est pas toujours cantonné à une action locale, il a pu créer au sein de l'organisme un état de réceptivité, d'immunisation qui feront graves ou légères les réinoculations. Par son contact immédiat avec les cellules et par ses poisons adhérents, il a donné naissance au nodule tuberculeux. Ce foyer inflammatoire trouve dans ses éléments constitutifs les moyens de détruire le microbe et de neutraliser ses toxines. Mais si la défense lymphocytyque est débordée, il se répand dans l'organisme des poisons diffusibles qui vont amener des modifications humorales, plus peut-être qu'histogéniques, pouvant augmenter jusqu'à des millions de fois la tolérance du milieu vis-à-vis des toxines tuberculeuses. (4)

On a expliqué (5) cette augmentation de la résistance organique par la formation d'une substance primaire provoquée par la présence dans le milieu intérieur d'endotoxines bacillaires l'antigène. L'*anticorps primaire*, c'est la lysine qui au contact de la tuberculine donne

---

(1) F. BeZançon et H. de Serbonnes—Paris Méd., 1911.

(2) Ch. Richet fils—Presse Méd., Sept. 1917.

(3) Marfau—In traité de médecine Charcot, Bouchard, Brissard.

(4-5) H. Sahli—Le trait de la Tub. et l'immunité antitub.