

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

BULLETIN
DE
L'INSTITUT NATIONAL
D'HYGIÈNE

TOME 15

N° 5. — SEPTEMBRE-OCTOBRE 1960.

PUBLICATION PÉRIODIQUE BIMESTRIELLE

*VIRTUTE DVCE CO-
MITE FORITVDINE*



COLLEGIUM CIVILE
AD SANITATEM

MASSON & C^{ie}, ÉDITEURS
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN
===== PARIS (VI^e) =====

SOMMAIRE

MALADIES SOCIALES

TUBERCULOSE.....	713
Enquête sur la chimioprophylaxie et la chimiothérapie précoce des tuberculoses primaires de l'enfant et de l'adolescent. Résultats immédiats et éloignés (1953-1959).....	713
CANCER.....	833
Premier bilan des consultations avancées des Centres Anticancéreux.....	833
VENERÉOLOGIE.....	853
Statistiques épidémiologiques et activité des dispensaires antivénéériens (au cours du premier trimestre 1960) en France métropolitaine.....	853

PÉDIATRIE

La mortalité fœto-infantile en 1959 (Année entière).....	867
--	-----

ÉPIDÉMIOLOGIE

Etude épidémiologique des infections typho-paratyphoïdiques en France, en 1958 et 1959.....	881
---	-----

DOCUMENTATION GÉNÉRALE

Les morts violentes et accidentelles grèvent chaque jour davantage les statistiques de mortalité générale.....	913
--	-----

Les chiffres de base des articles portant sur la Mortalité, et provenant des déclarations de décès, sont fournis par l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques.

MASSON & C^o, ÉDITEURS - PARIS

MALADIES SOCIALES

TUBERCULOSE

ENQUÊTE SUR LA CHIMIOPROPHYLAXIE
ET LA CHIMIOTHÉRAPIE PRÉCOCE
DES TUBERCULOSES PRIMAIRES DE L'ENFANT
ET DE L'ADOLESCENT

Résultats immédiats et éloignés (1953-1959).

I

GENÈSE DE L'ENQUÊTE.

SERVICES PARTICIPANT A L'ENQUÊTE

Les progrès réalisés dans le traitement de la tuberculose, au cours des quinze dernières années, ont posé un certain nombre de problèmes d'ordre pratique, en particulier celui de l'évolution de l'armement anti-tuberculeux. Les pouvoirs publics, les organismes de Sécurité Sociale sont les premiers intéressés à voir étudier ces problèmes dans notre pays, et il était dans le rôle de l'Institut National d'Hygiène de chercher à apporter des solutions. Devant l'impossibilité matérielle de traiter la question dans son ensemble, un comité de spécialistes, réuni, au début de l'année 1953, à l'Institut National d'Hygiène, a fait un certain nombre de propositions d'études limitées pour lesquelles il était possible d'envisager des projets de réalisation immédiats.

L'un des problèmes les plus importants (intéressant à la fois pédiatres et phthisiologues) étant celui de l'infection tuberculeuse à son début, *il a été décidé, sur proposition du P^r ROBERT DEBRÉ, que serait organisée une enquête sur « les résultats immédiats et lointains du traitement, par les médications chimiques ou antibiotiques, des tuberculoses initiales ».*

Sans doute, dès l'avènement de l'antibio-chimiothérapie antituberculeuse, maints pédiatres et phthisiologues avaient-ils étudié, tant en France qu'à l'étranger, l'action des médications spécifiques sur la tuberculose primaire, plus spécialement sur ses formes sévères. Mais en ce qui concernait les formes d'importance moyenne ou les formes apparemment bénignes ou latentes, l'opinion était encore, en 1953, très divisée; certains spécialistes étant partisans du traitement systématique, d'autres y étant opposés.

Il est donc apparu que, pour juger l'opportunité de la chimio prophylaxie ou de la chimiothérapie précoce, systématique et généralisée, de l'infection tuberculeuse initiale, il était nécessaire d'effectuer une enquête sur une large échelle et à longue échéance.

L'enquête française entreprise par l'INSTITUT NATIONAL D'HYGIÈNE, est la première qui ait été réalisée dans ce domaine.

Elle a été subventionnée par la CAISSE NATIONALE DE SÉCURITÉ SOCIALE et par l'INSTITUT NATIONAL D'HYGIÈNE, et effectuée en liaison avec la DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ au Ministère de la Santé publique, la DIRECTION DES SERVICES DE SANTÉ SCOLAIRE au Ministère de l'Éducation nationale (ainsi que leurs services extérieurs, régionaux et départementaux), et avec la DIRECTION GÉNÉRALE ET LES CAISSES DE SÉCURITÉ SOCIALE.

Pour des raisons d'ordre matériel, l'enquête n'a pas été effectuée dans tous les départements. Commencée tout d'abord à Paris, en 1953, sous la direction du P^r ROBERT DEBRÉ, elle a été étendue, en 1954 et 1955, à plusieurs régions où diverses personnalités médicales ont bien voulu assumer la responsabilité du travail, constituer et superviser une petite équipe d'enquêteurs : à Bordeaux, le P^r PIÉCHAUD puis le P^r FRÉOUR; à Grenoble, le P^r BETHOUX; à Lyon, le P^r BERNHEIM, le P^r DUFOURT, le P^r BRUN et le D^r GARDÈRE; à Nancy, le Doyen PARISOT, le P^r CAUSSADE, le P^r NEIMANN et le P^r SIMONIN; à Tours, le P^r DESBUSQUOIS.

L'organisation générale du travail, les liaisons (sur le plan national), la centralisation et l'étude des documents pour l'exploitation des résultats ont été réalisées par la Section de la Tuberculose de l'Institut National d'Hygiène (A. LOTTE et A. ROUILLON), avec la collaboration étroite des équipes d'enquêteurs : A. BOUDET-DUPUY, P. COUDRAY, M. DANTCHEV, FR. LARBRE, G. LASCOMBES, M. NAVEAU et S. PERDRIZET, pour la partie clinique; M. BRUN, Y. BUSSON, J. GAILLOT, D. JOURDAN, J. LACOUILONCHE, S. REDON, H. SOTO et E. VARLET, pour la partie sociale.

L'exploitation statistique a été effectuée avec l'aide des Sections de statistiques et de mécanographie de l'Institut National d'Hygiène (X. GELLE, L. MAUJOL et P. LAOUT) et de l'Unité de Recherches statistiques de l'Institut National d'Hygiène à Villejuif (D. SCHWARTZ et J. LELLOUCH).

Les Services de Pédiatrie ou de Phthisiologie de nombreux centres hospitaliers ont participé, de façon effective, à l'enquête :

Bordeaux : P^r PIÉCHAUD, P^r FRÉOUR.

Lyon : P^r BERNHEIM, P^r DUFOURT, P^r BRUN, D^r A. BERTOYE, P^r JEUNE, D^r MONNET, D^r GAILLARD.

Nancy : P^r CAUSSADE, P^r NEIMANN.

Paris et région parisienne : P^r DEBRÉ, P^r LELONG, P^r JEAN BERNARD, P^r LAMY, P^r JULIEN MARIE, P^r TURPIN; D^r ALISON, D^r AUBIN, D^r AUBRY, D^r BRISSAUD, D^r CHASSAGNE, D^r CHAVELET, D^r CLÉMENT, D^r FOUQUET, D^r GERBEAUX, D^r GORIN, D^r GRENET, D^r GUYON, D^r JANET, D^r JOSEPH, D^r M. KAPLAN, D^r A. S. KAPLAN, D^r LAPLANE, D^r MALLET, D^r MANDÉ, D^r MARQUEZY, D^r A. MEYER, D^r MOZZICONACCI, D^r RAYNAUD, D^r SALET, D^r SÉRINGE, D^r THIEFFRY, D^r VIALATTE, D^r VERMEIL, D^r JEAN WEILL, D^r JACQUES WEIL (Services ou Consultations de Pédiatrie et de Phthisiologie de l'Assistance publique de Paris); D^r BERTRAND (Centre hospitalier de Saint-Germain-en-Laye); D^r LE MELLETIER, D^r VESLOT (Centre hospitalier de Versailles).

Tours : P^r DESBUSQUOIS, D^r BOULARD (Hôpital général).

Les préventoriums de plusieurs départements ont également apporté une importante contribution à ce travail en équipe :

Aisne (Proisy, D^r LIMICHIN); Corrèze (Le Glandier, D^r MINVIELLE); Dordogne (Lanmary, D^r ARRIBEAUTE, D^r PAILLER); Eure (Beaumesnil, D^r ETIENNE; Saint-Georges-Motel, D^r ONFRAY); Eure-et-Loir (Maurice-Violette à Dreux, D^r MONEGIER DU SORBIER); Gironde (Le Moutchic, D^r ARNOU-LAUJAC); Isère (Autrans, D^r BÉGUIER, D^r SZESZMINCEW); Loire (Valfleury, D^r FAYARD); Haute-Loire (Chavaniac, D^r DE VOOGD); Lot-et-Garonne (Cazala, D^r LABARDE; Lamothe-Paulin, D^r BARGUE); Meurthe-et-Moselle (Flavigny, D^r COTTENET); Morbihan (Plumelec, D^r LAURENT); Basses-Pyrénées (Jurançon, D^r PEYRANERE); Haute-Savoie (Burdignin, D^r PERRIER; Mégève, D^r RAIMBAULT, D^r BESSON; Roc-des-Fiz, D^r LOWYS; Sallanches, D^r MARTINET); Seine-et-Marne (Brolles, D^r ROBERT); Seine-et-Oise (Bullion, D^r COUVE; Mesnil-Saint-Denis, D^r GERPHAGNON; Ormesson, D^r LIBERT; Sèvres, D^r BESANÇON; Yverres, D^r HANOTEAU; La Queue-lès-Yvelines, D^r PETIT, D^r TAUFFLIER); Vosges (Saint-Dié, D^r LECOANNET).

Plusieurs laboratoires de biologie ont accepté (pour certains cas émanant de préventoriums insuffisamment outillés du point de vue bactériologique) de centraliser les prélèvements en vue d'étudier la sensibilité des B. K. aux antibiotiques : laboratoires du Centre international de l'Enfance, à Paris (D^r LEBLOIS, D^r LÉVY), du Centre de Phthisiologie infantile de Brévannes (D^r NOUFFLARD), de l'Institut régional d'Hygiène de Nancy (P^r MELNOTTE, D^r SENAULT), de l'Hôpital de Grenoble (P^r SEIGNEURIN), de l'Institut Pasteur de Lyon (D^r VIALIER).

En maintes occasions, les enquêteurs ont été amenés, dans certaines régions, à demander l'appui des Services médico-sociaux et administratifs de Santé publique (médecins régionaux et départementaux et leurs collaborateurs), plus spécialement :

Des Services d'Hygiène sociale et des Dispensaires antituberculeux : D^r BAISSETTE, D^r BATAÇ, D^r BERTHEAU, D^r BONNAUD, D^r BUSSIENNE, D^r CONGY, D^r GRUNWLAD, D^r GUILLUY, D^r HUTTIN, D^r MOUTON-CHAPART, D^r POLGE, D^r VERMEILLE, D^r VIOLETT.

Des Services de Santé scolaire et de Médecine préventive universitaire : D^r AUREGAN, D^r BAUDRY, D^r DARON, D^r DUBAS, D^r HERRENSCHMIDT, D^r LACORNE, D^r LACOURBE, D^r LANSON, D^r MENGIN, D^r OUILLOU, D^r TISCHAUER.

Des Services médicaux des Caisses de Sécurité Sociale : D^r BERLIOZ (Médecin-Conseil de la F. N. O. S. S.); D^r BENTEJAC, D^r JOUTARD, D^r KOMAROVER, D^r LAFAY-COLETSOS, D^r MARTIN, D^r NAZARIEFF-RIBEYRE, D^r PELLIER, D^r SAINT-MARTIN, D^r SOUSTRE (Médecins-Conseil des Caisses régionales ou de la Caisse primaire centrale).

Comme on le voit, l'étude entreprise a nécessité *un travail en équipe*, tant pour effectuer le recrutement des cas, mettre en œuvre le traitement, poursuivre la surveillance à longue échéance des sujets pris en charge, que pour assurer les liaisons indispensables entre les services, colliger et étudier les documents rassemblés.

Nous ne saurions trop remercier tous les médecins, administrateurs, assistantes sociales et secrétaires qui nous ont aidés, de quelque façon que ce soit, à réaliser ce travail.

Nous remercions également les *Laboratoires de fabrication de produits pharmaceutiques* (Laboratoires DEBAT, DIAMANT, LABAZ, ROCHE, SPECIA, WANDER), qui nous ont permis de disposer d'un certain stock de médicaments (isoniazide et P. A. S.) destiné aux sujets qui ne pouvaient bénéficier de prestations de soins.

II

ORGANISATION DE L'ENQUÊTE. DÉFINITION DES CRITÈRES REQUIS

Le but de l'enquête est, nous le rappelons, d'étudier quelle est, chez les jeunes sujets présentant une tuberculose primaire récente, l'efficacité d'une chimioprophylaxie ou chimiothérapie précoce et prolongée, dans l'immédiat et surtout à longue échéance.

De la définition même de l'enquête, découlent un certain nombre de dispositions relatives au recrutement des cas, à la définition des critères requis pour les inclure dans l'étude thérapeutique, et à l'organisation générale du travail.

1° DÉFINITION DES CRITÈRES REQUIS ET SUBDIVISION DES CAS EN GROUPES ET CATÉGORIES

Précisons tout d'abord que, conformément au plan établi par le Comité technique (auquel participaient les représentants des divers services intéressés), l'étude n'a pas été étendue à tous les sujets présentant un test

tuberculique positif ; mais, au contraire, a été limitée aux infections primaires récentes.

On a, par convention, appelé infection tuberculeuse récente, celle qui date de moins d'un an, cette date pouvant être révélée avec une relative précision par l'apparition de l'allergie tuberculique. L'allergie tuberculique était, elle-même, décelée soit à l'occasion de l'apparition de signes cliniques suffisamment nets et caractéristiques de la tuberculose primaire, soit du fait d'un dépistage systématique et périodique organisé par les services de Santé scolaire, soit, enfin, à l'occasion d'un dépistage systématique familial motivé par la découverte d'un cas de tuberculose dans l'entourage de l'enfant. Ainsi, l'enquête n'a pas été limitée à un groupe particulier, mais a été étendue à *des cas très divers* quant à l'âge des sujets et à l'aspect clinique de l'infection initiale. De ce fait, nous avons été obligés, pour l'étude statistique, de subdiviser les cas en groupes et catégories :

— en fonction de l'âge, les cas sont répartis en 3 groupes : sujets âgés de moins de 5 ans, de 5 à 9 ans, de 10 à 24 ans;

— en fonction du type initial de la tuberculose primaire (c'est-à-dire des faits observés lors du dépistage), nous avons subdivisé les cas en 4 catégories : la catégorie 1 correspond à la tuberculose primaire latente, révélée uniquement par l'apparition de l'allergie cutanée, sans signes cliniques ni radiologiques (avec ou sans modifications de la vitesse de sédimentation) ; les catégories 2, 3, 4 correspondent aux tuberculoses primaires patentes (1), c'est-à-dire aux cas s'accompagnant de manifestations pathologiques, qu'il s'agisse de manifestations radiologiques ganglionnaires ou ganglio-pulmonaires sans signes généraux ni fonctionnels, dépistés par examen radiologique systématique (catégorie 2), ou bien de manifestations cliniques sans signes radiologiques respiratoires (catégorie 3), ou, enfin, de manifestations à la fois cliniques et radiologiques (catégorie 4).

Dans ces divers groupes et catégories sont distingués deux lots de sujets : traités et non traités. Les sujets traités sont définis par la prescription d'une chimiothérapie qui répond à un certain nombre de conditions quant à la nature des médicaments, leur posologie, leur durée d'administration. La médication antituberculeuse a toujours été une médication mixte, associant, d'une part, l'isoniazide (à la dose de 20 mg par kilo de poids chez l'enfant de moins de 2 ans et de 10 mg par kilo de poids chez l'enfant de plus de 2 ans, sans dépasser 400 mg par jour) et le P. A. S. sodique ou calcique (à la dose de 30 cg par kilo de poids sans dépasser 15 g par jour). Fait important, cette médication a été administrée régulièrement (quotidiennement sans interruption) et a été prolongée pendant 6 mois au minimum, souvent 9 mois ou même davantage.

(1) Les cas où l'infection initiale a été révélée par une complication pulmonaire ou extra-pulmonaire (telle que pleurésie séro-fibrineuse aiguë, miliaire, méningite, etc.) ont été délibérément exclus de l'enquête.

Si, dans certains cas, le P. A. S. a été interrompu prématurément (au bout de 4 ou 5 mois par exemple), la clause relative à la durée du traitement (6 mois au minimum) a été rigoureusement respectée en ce qui concerne l'isoniazide. Les cas où cette clause n'avait pas été respectée ont été éliminés de l'enquête, ainsi que ceux où le schéma thérapeutique avait été différent du schéma prévu (par exemple association de streptomycine et d'I. N. H., ou de streptomycine et de P. A. S.). Dans la grande majorité des cas, cette chimiothérapie a été appliquée à des enfants séjournant en service spécialisé, hôpital ou préventorium; aussi avons-nous pu en avoir un contrôle rigoureux. La chimiothérapie n'a été appliquée à domicile que dans une minorité de cas. Quant aux sujets *non traités*, s'ils ont été parfois soumis à une simple surveillance ou à une cure de repos à domicile, ils ont bénéficié, dans la majorité des cas, de la cure hygiéno-diététique en préventorium, se trouvant, par conséquent, dans les mêmes conditions de soins et de surveillance médicale que les sujets traités par isoniazide et P. A. S.

Un point important doit être souligné ici : *la désignation des sujets dans les deux lots, traité et non traité, n'a pas été faite par randomisation*. En effet, pour des raisons d'ordre moral, les médecins ne se sont pas cru autorisés à désigner au hasard groupe traité et groupe non traité, d'autant plus que les sujets à inclure dans cette étude étaient, pour beaucoup, atteints de tuberculose primaire patente. Malgré l'avis des statisticiens, les médecins participant à l'enquête ont souhaité expressément conserver la liberté de décision thérapeutique. Mais, ces médecins étant les uns pour, les autres contre l'application systématique de la chimiothérapie, nous avons pu trouver sujets traités et sujets non traités dans des centres hospitaliers et préventoriaux différents; centres dont le mode de recrutement et les conditions de soins hygiéno-diététiques étaient, cependant, semblables. Dans quelques centres, toutefois, le médecin a prescrit la chimiothérapie à certains sujets et la simple cure hygiéno-diététique à d'autres. Néanmoins, si, dans cette enquête, nous n'avons pas un groupe témoin au sens statistique du terme, nous avons cependant un *groupe de référence* qui peut être comparé, comme nous le verrons, au *groupe des sujets ayant reçu la chimiothérapie*.

2° ORGANISATION GÉNÉRALE DE L'ENQUÊTE

Comme nous l'avons vu au 1^{er} chapitre de ce rapport, l'enquête a été effectuée (dans toutes les régions choisies pour ce travail) en coopération avec les *centres de dépistage* (services d'Hygiène scolaire et universitaire, dispensaires antituberculeux, consultations hospitalières), avec les *centres de traitement* (services hospitaliers de pédiatrie et phtisiologie, préventoriums et sanatoriums), avec les services administratifs et médico-sociaux de *Santé publique*. Les cas de tuberculose primaire ont été

recrutés et signalés aux services chargés de l'enquête tantôt par les centres de médecine préventive et les dispensaires (il s'agit essentiellement de sujets présentant une infection bénigne et cliniquement latente, soumis à une simple surveillance), tantôt par les hôpitaux et les préventoriums (il s'agit alors, principalement, de sujets atteints de tuberculose primaire patente, soumis à la cure de repos simple ou associée à la chimiothérapie). Il n'est pas rare, d'ailleurs, qu'un même sujet ait été pris en charge successivement par divers organismes auxquels le signalement était alors transmis.

Quelques équipes d'enquêteurs (médecins, assistantes sociales, secrétaires) avaient, en effet, pour mission de prospecter les services participant à l'étude commune, de colliger et vérifier les documents cliniques de base (afin que ceux-ci soient conformes aux normes prévues), d'établir les liaisons entre ces services et la Section de la Tuberculose de l'Institut National d'Hygiène chargée de la coordination de l'enquête.

Pour chaque sujet « pris en charge », l'Institut National d'Hygiène a été averti par une *fiche de liaison* (1). Ainsi a été constitué un fichier de recensement qui a servi, également, de fichier échéancier permettant d'établir les listes de convocations périodiques.

Les *observations cliniques détaillées*, rédigées sur des formulaires (1) d'un modèle standard (dont la « codification » chiffrée était, à l'avance, prévue), ont été adressées à l'Institut National d'Hygiène lorsque le séjour du sujet en établissement spécialisé était terminé.

Bien entendu, les documents initiaux ont été complétés ultérieurement, lors des *examens de surveillance post-thérapeutique* (1). Obligé de tenir compte de considérations d'ordre matériel et, aussi, des préférences de chaque médecin, il ne nous a pas été possible de centraliser, pour chaque région, dans un seul service et sous un unique contrôle médical, ces examens de surveillance successifs. Ceux-ci ont été effectués, suivant les cas, soit par le médecin du centre où le sujet avait été dépisté, soit par le médecin du dispensaire ou du groupe scolaire de son secteur domiciliaire. En règle générale, un *bilan médical et médico-social* a été ainsi établi par des spécialistes (pédiatres ou phtisiologues), *périodiquement* chaque année, à dater de la première année suivant le dépistage de la tuberculose primaire. Toutefois, pour certains sujets, du fait de circonstances diverses (en particulier des changements de résidence), les examens de contrôle n'ont pas toujours eu la même régularité; maintes recherches ont dû être entreprises qui ont souvent permis de retrouver, à plus ou moins longue échéance, la trace d'anciens malades temporairement perdus de vue.

En définitive, *les documents* émanant des divers centres d'enquête ont été *centralisés à l'Institut National d'Hygiène* où ils ont été examinés et « codés » aux fins d'exploitation mécanographique et statistique. Ce faisant, nous avons été amenés à les étudier, en même temps que nos enquê-

(1) Pour les fiches de liaison, les feuilles d'observation et les fiches de bilan, voir annexe D.

teurs, de façon détaillée, afin d'uniformiser l'interprétation et la codification des faits observés. Dans tous les cas où était mentionnée l'apparition, en cours de traitement ou de surveillance, d'une manifestation pathologique post-primaire, nous n'avons pas hésité à demander, si besoin était, un complément d'information aux services intéressés qui ont bien voulu, en particulier, nous prêter les documents radiologiques successifs. Tous ces documents ont donc été réexaminés au service central d'enquête. C'est seulement après cette étude détaillée des dossiers qu'il a été procédé à l'exploitation statistique des résultats.

III

NOMBRE DE CAS RECRUTÉS POUR L'ÉTUDE STATISTIQUE.
COMPOSITION ET CARACTÉRISTIQUES
DES GROUPES DE SUJETS

(tableaux I à VIII bis de l'annexe A).

1° RECENSEMENT DES CAS ET SUBDIVISION EN GROUPES ET CATÉGORIES (tableaux I, II et II bis). — Le nombre des cas pris en charge pour l'enquête et conservés pour l'étude statistique s'élève à 4 557 (tableau I), élimination étant faite, d'une part, des cas non conformes aux critères fixés (traitement trop court ou différent du traitement prévu, tuberculose primaire trop tardivement traitée ou trop tardivement reconnue et d'emblée révélée par une complication, etc.); d'autre part, des observations trop imprécises quant à la date et au caractère de l'infection initiale, et, enfin, des cas trop récemment dépistés et signalés (ceux du 2^e semestre de l'année 1958).

Ces 4 557 cas sont constitués, pour une très forte majorité, par des enfants d'âge scolaire et des adolescents. Nous dénombrons, en effet, 2 280 enfants âgés de 5 à 9 ans, 1 326 sujets âgés de 10 à 24 ans (dont 971 dans le groupe 10-14 ans et 355 dans le groupe 15-24 ans); nous avons, seulement, 951 jeunes enfants âgés de moins de 5 ans (dont 237 dans le groupe des nourrissons de moins de 2 ans et 714 dans le groupe 2-4 ans). Les garçons et les filles sont, dans chacun des 3 grands groupes d'âge que nous avons délimités, en nombre sensiblement équivalent.

Moins de 5 ans	465 garçons	486 filles
5-9 ans	1 119 garçons	1 161 filles
10-24 ans	664 garçons	662 filles

Pour l'ensemble de ces sujets (âgés de moins de 25 ans), la subdivision en catégories est la suivante : 1 267 pour la catégorie 1 (formes latentes); 3 290 pour les catégories 2, 3 et 4 (formes patentées). Ces tuberculoses primaires patentées, les plus nombreuses, se subdivisent elles-mêmes en :

1 692 cas de la catégorie 2 (signes radiologiques sans signes cliniques), 219 cas de la catégorie 3 (signes cliniques, sans signes radiologiques) et 1 379 cas de la catégorie 4 (signes cliniques et radiologiques). Cette catégorisation tient compte, rappelons-le, de l'état du sujet au moment où celui-ci est pris en charge pour l'enquête, c'est-à-dire lors du dépistage ou lors de l'entrée en établissements de soins.

Chaque groupe et catégorie se subdivise, enfin, en 2 lots de sujets initialement traités et non traités.

Parmi les sujets présentant une infection latente (catégorie 1), la plupart ont été simplement surveillés (1 151); 116 seulement ont été initialement traités, ce qui rend difficile, statistiquement parlant, la comparaison des 2 lots.

Au contraire, parmi les sujets présentant une infection cliniquement ou radiologiquement patente (catégories 2, 3, 4), 1 702 (donc un peu plus de la moitié) ont bénéficié d'emblée de la chimiothérapie par I. N. H. et P. A. S., alors que 1 588 ont été soumis à la seule cure hygiéno-diététique. Ces 2 lots peuvent donc être valablement comparés.

Quelle que soit la catégorie, on remarque (tableau I) que les jeunes enfants ont été, plus souvent que les autres, soumis à la chimiothérapie. Quel que soit l'âge, les formes initialement les plus sérieuses (associant manifestations cliniques et radiologiques) ont été plus fréquemment traitées que les formes bénignes. C'est là une des raisons pour lesquelles les résultats thérapeutiques (qui seront étudiés au chapitre IV) doivent être envisagés, non pas globalement pour l'ensemble des sujets de tous âges et de toutes catégories, mais séparément pour chacun des groupes ci-dessus délimités.

Les tableaux II et II bis indiquent la répartition des sujets par années de dépistage de la tuberculose primaire. Aux cas recrutés durant la période de l'enquête (1953-1958), nous avons adjoint un petit nombre de cas dépistés en 1952 (pour le lot traité) ou dépistés pendant les années 1947 à 1952 (pour le lot non traité); les documents ont été colligés dans les archives des services participant à l'étude commune et les sujets ont été, comme tous les autres, régulièrement surveillés. Ces cas antérieurs à la période de l'enquête proprement dite ne représentent qu'une très faible proportion du lot non traité. Pour la plupart, les sujets des 2 lots, soumis ou non soumis à la chimiothérapie initiale, sont contemporains.

2° COMPOSITION ET CARACTÉRISTIQUES DES GROUPES DE SUJETS (tableaux III à XII). — Si les sujets traités et sujets non traités n'ont pas été toujours recrutés, comme nous l'avons dit, dans les mêmes services hospitaliers ou préventoriaux (ceci, du fait des divergences d'opinion des médecins, à l'époque considérée, sur la chimioprophylaxie de la tuberculose primaire), ils ont été, en tout cas, recrutés dans les mêmes régions. Si l'on tient compte de la résidence habituelle (et non du lieu de naissance), on note que la plupart des sujets recrutés sont d'origine urbaine (grandes

agglomérations principalement), et, ceci, aussi bien dans un lot que dans l'autre :

95 % dans le lot non traité.

87 % dans le lot traité.

L'origine des sujets, quant à leur *milieu socio-économique* (tableau IV), est *similaire dans les 2 lots*. Les enfants ou adolescents que nous avons été amenés à prendre en charge émanent le plus souvent des *classes sociales les moins aisées* (fonctionnaires subalternes et employés de bureau ou de commerce, ouvriers, manœuvres) :

83 % dans le lot non traité.

87 % dans le lot traité.

Par contre, *certaines facteurs sociaux diffèrent sensiblement dans les 2 lots*, car ce sont des facteurs qui étaient susceptibles de jouer un rôle dans la décision thérapeutique du médecin chargé des soins et de la surveillance de l'enfant : entre autres, l'existence de *conditions de logement défavorables* (tableau III), la *notion de contamination*, familiale ou extra-familiale (tableau V), et, en particulier, *l'existence de cas de tuberculose dans l'entourage familial* de l'enfant, principalement chez ses parents (tableau VI).

Nous trouvons, en effet, dans le lot traité :

— davantage de cas où les conditions de logement étaient défavorables (40 % au lieu de 25 % dans le lot non traité);

— davantage de cas où la notion de contamination était facilement retrouvée (50 % au lieu de 28 %);

— davantage de cas où existait une tuberculose familiale (59 % au lieu de 43 %).

Quant aux *facteurs d'ordre clinique* (tableaux VII, VIII et VIII bis) concernant la gravité de l'infection, l'étendue et l'aspect des images radiologiques, ils sont également assez différents dans les 2 lots. En effet, *les formes les plus graves ont été plus souvent traitées que les autres*, quel que soit l'âge des sujets :

Parmi les formes patentes, la proportion de cas de la catégorie 4 est plus élevée dans le lot traité (49 %) que dans le lot non traité (33 %), et cette différence est statistiquement significative.

Les cas à début aigu fébrile sont également un peu plus nombreux dans le premier groupe (37 %) que dans le second (28 %).

Plus grande encore est la différence si on étudie *l'importance et le caractère des images radiologiques initiales*. Nous trouvons, en effet, une proportion différente de signes radiologiques discrets, modérés ou importants (tableau VII), dans les deux lots de sujets, et, ceci, quel que soit le groupe d'âge envisagé; si les signes « modérés » sont en proportion à peu près équivalente dans les 2 lots (46 % et 41 %), les signes « importants » sont beaucoup plus souvent mentionnés *chez les sujets traités* (33 %) que chez les autres (16 %), tandis que, à l'inverse, les signes

« discrets » sont plus fréquemment retrouvés dans le lot non traité (43 %) que dans le lot traité (21 %).

De plus, dans ces formes radiologiquement patentes, *la répartition des types lésionnels* est également dissemblable dans les deux lots (tableaux VIII et VIII bis) :

— le pourcentage d'images hilaires ou para-trachéales (vraisemblablement ganglionnaires), sans images parenchymateuses initiales, est nettement plus élevé chez les sujets non traités (75 %) que chez les autres (55 %);

— à l'inverse, les cas où existaient initialement *des images à la fois ganglionnaires et pulmonaires* (principalement des opacités pulmonaires de type segmentaire, correspondant à des troubles de ventilation, souvent vérifiées par bronchoscopie) sont *plus fréquents dans le lot traité* (41 % dont 17 % d'opacités segmentaires) que dans le lot non traité (21 %).

On trouve également une plus forte proportion de cas bactériologiquement positifs chez les sujets recevant la chimiothérapie que chez ceux du groupe de référence. Mais ce facteur bactériologique a, ici, moins d'intérêt que le facteur radiologique, car les recherches de B. K. n'ont été effectuées, lors du dépistage, que chez une fraction seulement des sujets recrutés.

Tous ces faits sont importants à retenir si l'on veut apprécier à leur juste valeur, statistiquement parlant, la fréquence des complications post-primaires chez les sujets traités, comparativement au groupe de contrôle. *Ces différences ici signalées* sont, en effet, susceptibles de retentir sur l'évolution des cas, tout au moins dans l'immédiat, *en défaveur des sujets qui ont reçu la chimiothérapie*.

IV

« ANCIENNETÉ » DES CAS ET DÉLAI DANS LEQUEL LE TRAITEMENT A ÉTÉ ENTREPRIS. DURÉE DU TRAITEMENT

(tableaux IX à XII de l'annexe A).

1° « ANCIENNETÉ » DES CAS (tableau IX)

Tous les cas inclus dans l'enquête sont, conformément aux critères qui avaient été fixés, *des cas d'infection récente, datant de moins d'un an*, à l'exclusion, par conséquent, de ceux qui étaient connus comme étant tuberculino-positifs depuis longtemps, et de ceux dont la date du « virage » ne pouvait être précisée de façon certaine. Dans cette limite d'un an, l'« ancienneté » est, bien entendu, variable. Elle est définie par

le délai écoulé entre la date présumée de l'infection et la date à laquelle le sujet a été mis en surveillance pour l'enquête.

La date présumée de l'infection est, elle-même, fixée conventionnellement, en tenant compte de la moitié du délai écoulé entre le dernier test tuberculique négatif et le premier test positif (pour les cas dépistés par examen systématique), ou en tenant compte du mois précédant l'apparition des premiers signes cliniques (pour les cas révélés par des symptômes généraux ou respiratoires). Ce délai entre infection et dépistage est donc, par la force des choses, bien différent pour les formes cliniquement patentes (catégories 3 et 4) et pour les formes cliniquement muettes (catégories 1 et 2) dont le dépistage dépend de la périodicité des tests tuberculiques systématiques.

Quant à la date de mise en surveillance pour l'enquête, elle est définie : pour le lot initialement traité, par la date de début de la chimiothérapie (que celle-ci soit commencée à domicile ou en établissement de soins); pour le lot ne recevant pas de chimiothérapie, par la date d'entrée en établissement de soins (qu'il s'agisse de l'hôpital ou du préventorium), ou, enfin (pour ceux qui sont simplement surveillés, sans aucun traitement), par la date du dépistage.

Ainsi calculé, ce « délai d'ancienneté » est indiqué sur le tableau IX, pour les divers groupes, catégories et lots de sujets étudiés :

— il est (pour l'ensemble des sujets) inférieur à 6 mois dans les 4/5 des cas (moins de 3 mois, 38 %; 3, 4 ou 5 mois, 42 %); il est donc rare qu'il excède 6 mois et, en tout cas, exceptionnel qu'il excède 9 mois (2 % des cas seulement);

— il est plus long, dans l'un et l'autre lot, chez les sujets des catégories 1 et 2 (délai < 6 mois : 75 % des cas, dont < 3 mois : 30 %), que chez ceux des catégories 3 et 4 (< 6 mois : 88 % des cas, dont < 3 mois : 53 %);

— quels que soient le traitement et le type de l'infection initiale, les jeunes enfants, âgés de moins de 5 ans, ont été « pris en charge » plus rapidement que les sujets des autres groupes d'âge (délai < 3 mois : 53 % des cas pour les premiers, 34 % des cas pour les derniers);

— enfin, le délai d'ancienneté est un peu plus court pour le lot traité (délai < 6 mois : 82 % des cas) que pour le lot non traité (délai < 6 mois : 78 %), quels que soient l'âge et le type de la tuberculose primaire. En effet, lorsqu'il y a eu chimiothérapie, celle-ci est souvent commencée à domicile, avant l'entrée en établissements de soins, et nous connaissons la date précise de son début. Au contraire, lorsqu'il n'y a pas de chimiothérapie, nous ne savons pas, en général, à quelle date la cure de repos a été commencée à domicile ni si elle a été respectée; aussi sommes-nous obligés de tenir compte uniquement de la date à laquelle la cure hygiéno-diététique a été instituée en établissements de soins. Or, il s'écoule souvent plusieurs semaines entre le dépistage et le placement en établissement spécialisé.

2° MODALITÉS DU TRAITEMENT

(tableaux X et X bis).

Les conditions de soins et de surveillance, dans l'immédiat (c'est-à-dire au moment du dépistage de la tuberculose primaire ou dans les mois qui l'ont suivi), sont très différentes : d'une part, pour les *sujets atteints d'infection cliniquement et radiologiquement latente* (catégorie 1), suivis dans plus de la moitié des cas à domicile et ne recevant pas, en général, la chimiothérapie; d'autre part, pour les *sujets atteints d'infection patente* (catégories 2, 3, 4), soignés dans les 9/10 des cas en établissements spécialisés (hôpital puis préventorium, ou préventorium d'emblée). Parmi ces derniers, les sujets soignés à domicile sont donc l'exception, aussi bien dans le lot traité (3 % des cas) que dans le lot ne recevant pas de chimiothérapie (13 % des cas) et, ceci, quel que soit l'âge.

La durée totale de séjour en services spécialisés a été, pour la majorité, assez importante : 6 à 11 mois dans 54 % des cas, 12 à 18 mois dans 34 % des cas, moins de 6 mois pour 12 % des cas seulement. Ceci pour l'ensemble des sujets de tous âges et de toutes catégories.

La durée de séjour est d'autant plus longue que la tuberculose primaire est initialement plus grave et que l'enfant est plus jeune.

A âge égal, les sujets recevant ou ne recevant pas la chimiothérapie ont une durée de séjour assez voisine (6 à 11 mois dans la moitié des cas des catégories 2, 3, 4), encore que les longues durées de 12 à 18 mois soient un peu plus fréquentes pour le lot traité (47 % des cas) que pour le groupe de contrôle non traité (28 % des cas). Les sujets traités sont en général, il est vrai, plus gravement atteints que ceux de l'autre lot.

3° DURÉE DE LA CHIMIOTHÉRAPIE ET TOLÉRANCE A L'ÉGARD DES MÉDICAMENTS

(tableaux XI et XII).

Les sujets, appartenant au lot initialement traité (et devant, conformément aux normes prévues, recevoir le traitement pendant un minimum de 6 mois), ont bénéficié, en règle générale, d'une *chimiothérapie longtemps prolongée* (tableau XI) : 6 à 8 mois ou 9 à 11 mois dans la majorité des cas. Les traitements très longs, excédant 1 an, sont plus fréquents pour les sujets atteints de formes patentes (22 % des cas), surtout lorsque existent des signes radiologiques notables, que chez les sujets présentant une infection latente (7 % des cas). Les jeunes enfants sont traités un peu plus longtemps que les enfants d'âge scolaire ou les adolescents, encore que, à gravité équivalente, la différence soit peu importante (traitement > 1 an : 26 % des cas pour le premier groupe; 18 % des cas pour les autres groupes).

La chimiothérapie a été, presque toujours, très bien supportée. On ne note une *intolérance* à l'égard des médicaments (tableau XII) que dans 11 % des cas. Il s'agit alors, essentiellement, de troubles dus au P. A. S. (troubles digestifs, surtout; poussées fébriles, gonflement du corps thyroïde, rarement). Il est exceptionnel que soit incriminée l'action de l'I. N. H. (0,5 % des cas seulement).

Sans doute est-il possible que des manifestations discrètes d'intolérance n'aient pas été systématiquement recherchées ou ne nous aient pas été signalées et, à cet égard, la statistique n'est peut-être pas exhaustive. Par contre, elle est certainement complète en ce qui concerne les troubles d'intolérance importants, motivant, en particulier, un arrêt du traitement; or, celui-ci n'a été interrompu que dans 4 % des cas, temporairement, et dans 6 % des cas, définitivement (dont 5 % après le 6^e mois, 1 % seulement avant la fin du 6^e mois).

V

SURVEILLANCE A LONGUE ÉCHÉANCE :
DURÉE D'OBSERVATION;
NOMBRE DE SUJETS SUIVIS

(tableaux XIII, XIII bis, XIII ter et XIV de l'annexe B).

Comme nous l'avons vu, le recrutement des cas pour l'enquête s'est étendu sur une longue période. De ce fait, la *durée d'observation* (c'est-à-dire le délai écoulé entre le dépistage de la tuberculose primaire, ou le début de son traitement, et le début de l'année 1959, époque dont on a tenu compte pour le bilan statistique) est variable suivant les cas. Si le nombre de sujets observés pendant 1 an, 2 ans ou 3 ans est important, le nombre de ceux dont le « recul » est de 4 ou 5 ans est beaucoup moins élevé. Nous ne pouvons faire état, actuellement, d'un délai d'observation supérieur à 5 ans, car le nombre de sujets dépistés antérieurement à 1953, et inclus dans l'enquête, est trop peu important (au reste, il s'agirait presque uniquement, dans ce groupe le plus ancien, de sujets non traités).

Quelle que soit leur durée d'observation théorique, la *plupart des sujets ont été effectivement et régulièrement surveillés*. Cependant, ils n'ont pas été tous revus (tableaux XIII et XIII bis). Mais, si nous sommes actuellement sans nouvelles de certains d'entre eux, nous pensons pouvoir en retrouver la trace en poursuivant les recherches.

Celles-ci sont longues et difficiles, compte tenu d'une notation parfois insuffisante des renseignements d'état civil lors du signalement des cas au service central d'enquête; compte tenu, également, des changements

de résidence assez fréquents des sujets qui émanent de diverses régions de la France; compte tenu, enfin, du fait psychologique suivant : nombre de sujets pris en charge pour l'enquête n'étaient pas véritablement des malades et ils négligent plus facilement que d'autres, par conséquent, de répondre aux convocations qui leur sont adressées ou de donner des nouvelles régulières. A l'appui de ce fait, on peut noter que *la proportion des sujets revus* (par rapport aux sujets devant être surveillés) *est un peu plus importante pour les catégories 2, 3, 4* (tuberculoses primaires patentes : tableau XIII bis) que pour la catégorie 1 (formes latentes : tableau XIII) comme le montrent les chiffres ci-dessous (concernant le lot non traité) :

87 % (f. patentes) et 84 % (f. latentes), dans un délai de 2 ans;
80 % (f. patentes) et 76 % (f. latentes), dans un délai de 3 ans;
76 % (f. patentes) et 73 % (f. latentes), dans un délai de 4 ans;
74 % (f. patentes) et 66 % (f. latentes), dans un délai de 5 ans.

De même, la proportion de sujets revus est, dans les catégories de formes patentes, un peu plus élevée pour ceux qui ont été, cliniquement parlant, des malades (catégories 3 et 4) que pour ceux qui avaient été dépistés par examen systématique (catégorie 2).

Notons, par ailleurs, que le *pourcentage de sujets suivis*, quoique très voisin dans les deux lots, non traité et traité, est un peu plus élevé pour le premier que pour le second :

80 % et 72 % dans un délai de 3 ans (catégories 2, 3 et 4);
74 % et 68 % dans un délai de 5 ans (catégories 2, 3 et 4).

Toutefois, la différence n'est pas très notable et, de plus, nous remarquons que dans un groupe de sujets que nous avons temporairement perdus de vue et dont nous avons pu (après des recherches particulièrement poussées) retrouver la trace, le pourcentage de « récupérés » a été sensiblement équivalent dans les deux lots; quel qu'ait été, par conséquent, le traitement initial.

Signalons que, si les sujets ne répondent pas toujours aux convocations des services qui les avaient primitivement dépistés ou traités, ils ne nous laissent pas, pour autant, sans nouvelles; certains, en effet, répondent directement au service central d'enquête en transmettant les résultats des examens effectués par leur médecin de famille ou par le médecin de leur groupe scolaire ou professionnel (tableau XIII ter).

Notons, enfin, que parmi les sujets inclus dans ce bilan général, 10 sont *décédés* (tableau XIV), dans un délai de 1 à 5 ans après le début de leur tuberculose primaire : 6, de *tuberculose aiguë* (ils seront étudiés au chapitre des complications); 4, d'*autres causes* (affections non tuberculeuses, ou accidents). *Aucun de ces enfants n'avait reçu la chimiothérapie.*

VI

SURVEILLANCE A LONGUE ÉCHÉANCE :
RÉSULTATS THÉRAPEUTIQUES

(tableaux XV à XXXV de l'annexe B et annexe C).

Le bilan statistique, présenté dans ce rapport, concerne les résultats thérapeutiques dans un *délat de 1 à 5 ans* après le dépistage de l'infection initiale ou après le début de son traitement. Les derniers renseignements dont nous avons tenu compte, pour l'exposé des résultats relatifs à l'évolution des cas, sont ceux du début de l'année 1959.

1° REMARQUES PRÉLIMINAIRES. — Avant d'exposer les résultats, il est nécessaire de donner quelques précisions, tout d'abord d'ordre clinique (interprétation et catégorisation des accidents post-primaires) et, ensuite, d'ordre statistique (dénombrement annuel et cumul de ces accidents tuberculeux).

Plutôt que de procéder à une description détaillée des signes cliniques et de leur évolution en cours de traitement (nombre de cas, d'ailleurs, sont indemnes dans l'immédiat de manifestations cliniques patentes), il nous a semblé que nous devons centrer l'étude statistique sur les faits essentiels et schématiques, c'est-à-dire sur l'appréciation de la fréquence des accidents tuberculeux post-primaires, précoces ou tardifs, pulmonaires ou extra-pulmonaires.

Parmi les manifestations pulmonaires, il convient de distinguer :

— d'une part, les *aggravations*, c'est-à-dire l'accentuation des signes radiologiques hilaires ou parenchymateux initialement observés; aggravations en règle précoces (1^{er} semestre ou, plus rarement, 2^e semestre) et temporaires;

— d'autre part, les *manifestations pathologiques nouvelles*, c'est-à-dire les images radiologiques respiratoires qui n'existaient pas initialement mais apparaissaient en cours d'évolution.

De plus, il paraît opportun de subdiviser encore ces dernières en deux catégories, de signification et de pronostic éminemment différents :

— les *opacités pulmonaires* (segmentaires ou non segmentaires) *d'aspect fluxionnaire*, correspondant vraisemblablement à des troubles de ventilation en rapport avec le volume des ganglions hilaires; confirmés, dans beaucoup de cas, par la bronchoscopie; en général précoces (1^{er} semestre surtout, ou 2^e semestre), exceptionnellement tardifs (après la fin de la 1^{re} année);

— les *tuberculoses pulmonaires proprement dites* (infiltrats, nodules apicaux ou péri-hilaires, cavités isolées ou lésions ulcéro-nodulaires),

cellés-ci étant parfois précoces, mais plus souvent tardives (au-delà de la 1^{re} année).

Enfin, les *autres accidents tuberculeux non pulmonaires* ont été subdivisés en : pleurésies séro-fibrineuses; miliaires (pulmonaires ou généralisées) et méningites; adénopathies abcédées ou non abcédées; tuberculoses osseuses ou ostéo-articulaires; « autres tuberculoses » (génitales, urinaires, etc.).

Dans le total des accidents tuberculeux post-primaires, nous avons toujours séparé les « aggravations » et les « troubles de ventilation », d'une part, et, d'autre part, les *tuberculoses pleuro-pulmonaires et extra-pulmonaires*. Ce sont ces dernières qui (à l'exclusion des simples aggravations et des troubles de ventilation) représentent les *complications proprement dites*.

Les diverses manifestations pathologiques post-primaires ont parfois motivé une modification du traitement initialement prescrit, ou une *sanc-tion thérapeutique nouvelle* (par exemple, chimiothérapie chez un sujet initialement non traité). Ces cas n'ont pas été exclus de la statistique; il nous a paru préférable de les laisser inclus dans le « lot thérapeutique » auquel ils appartenaient initialement.

La statistique a été établie en tenant compte, bien entendu, de la *durée d'observation*. Or, comme nous l'avons déjà précisé, celle-ci est variable suivant les cas (compte tenu de la date de leur dépistage) et, de plus, les sujets ayant telle ou telle durée théorique d'observation n'ont pas été revus en totalité.

Aussi, la *fréquence annuelle des manifestations tuberculeuses* est-elle calculée en rapportant le nombre d'accidents dénombrés au nombre de sujets *effectivement observés pendant la période considérée*. Ce dénombrement annuel, établi séparément pour chaque groupe d'âge, chaque catégorie de tuberculose primaire et chaque lot (initialement traité ou non traité), est indiqué sur les *tableaux XV à XIX, XXI à XXXII, XXXIV et XXXV*.

Sur ces tableaux figurent, d'une part, les aggravations et les troubles de ventilation, et, d'autre part, les tuberculoses pleuro-pulmonaires et extra-pulmonaires qui sont, seules, comptées dans le total des complications tuberculeuses proprement dites.

Il faut préciser, de plus, que si un sujet a présenté plusieurs manifestations tuberculeuses concomitantes ou successives (ce qui s'est d'ailleurs avéré très rare), toutes les manifestations ont été comptabilisées sur ces tableaux; il s'agit donc, ici, d'un *compte de manifestations pathologiques* et non d'un compte de sujets malades.

Par contre, pour calculer la *morbidity tuberculeuse dans un délai de plusieurs années* (2 ans, 3 ans, 4 ans ou 5 ans, suivant la durée d'observation dont nous disposons), nous avons tenu compte, non pas du nombre de manifestations pathologiques, mais du *nombre de sujets malades*. Les sujets présentant plusieurs complications ne figurent donc qu'une seule

fois (à la période de leur première complication) dans cette statistique.

Les sujets ont été divisés en plusieurs lots, en fonction de l'ancienneté de leur dépistage et de leur durée effective d'observation, et le cumul des cas compliqués a été établi séparément pour chaque lot.

Ces pourcentages, exprimant la *morbidity tuberculeuse à longue échéance*, sont indiqués sur les *tableaux XX et XXXIII*. Sur ces tableaux, nous n'avons fait figurer que les complications proprement dites, à l'exclusion des aggravations et troubles de ventilation précoces.

Précisons, enfin, que tous les résultats ont été statistiquement « testés », afin de juger de la réalité des différences observées, dans la morbidité tuberculeuse post-primaire, entre les groupes d'âge, les catégories et les lots de sujets traités ou non traités.

Ces résultats sont exposés dans les paragraphes 2 et 3, ci-dessous, concernant, d'une part, l'évolution spontanée des tuberculoses primaires non traitées, d'autre part, l'évolution comparée des cas traités et non traités.

2° MORBIDITÉ TUBERCULEUSE POST-PRIMAIRE CHEZ LES SUJETS N'AYANT PAS REÇU INITIALEMENT LA CHIMIOTHÉRAPIE (tableaux statistiques XV à XXXV, de l'annexe B et tableaux analytiques des complications pages 1 à 17 de l'annexe C).

L'examen et la surveillance des sujets non traités, inclus dans l'enquête, permettent une première étude statistique sur l'évolution spontanée de l'infection initiale et la fréquence des manifestations post-primaires.

1 151 cas de tuberculose primaire latente ont été étudiés (se répartissant en 101 enfants de moins de 5 ans, 503 de 5 à 9 ans, 547 de 10 à 24 ans), ainsi que 1 588 cas de tuberculose primaire patente (se subdivisant en 213 enfants de moins de 5 ans, 909 de 5 à 9 ans, 466 de 10 à 24 ans). L'évolution de ces cas initialement non traités, qui est consignée de façon détaillée sur les tableaux statistiques (annexe B) et analytiques (annexe C), est schématisée sur les graphiques 1 à 4 qui indiquent la morbidité tuberculeuse globale dans des délais de 2 à 5 ans.

De cette statistique ressortent un certain nombre de faits marquants.

a) Tout d'abord, la nature et la gravité des accidents observés varient avec l'âge (fig. 1).

Les manifestations respiratoires précoces de la 1^{re} année étiquetées « aggravations » et « troubles de ventilation » (chez des sujets présentant d'emblée, lors du dépistage, des signes radiologiques respiratoires hilaires et para-hilaires) sont nettement plus fréquentes chez les jeunes enfants que chez les enfants plus âgés ou les adolescents. Les pourcentages sont, en effet, les suivants :

— aggravation des signes radiologiques :

3 % dans le groupe < 5 ans,	} pour les	
2 % dans le groupe 5- 9 ans,		} catégories
0,4% dans le groupe 10-24 ans;		

— troubles de ventilation :

6 % dans le groupe < 5 ans,	} pour les	4 %	} pour l'ensemble			
4 % dans le groupe 5- 9 ans,				} catégories et	3 %	} des catégories
2 % dans le groupe 10-24 ans.						

Sans doute ces pourcentages n'expriment-ils que les faits pathologiques les plus patents, car il est fort possible que des manifestations respiratoires fluxionnaires discrètes soient passées inaperçues des observateurs, surtout dans les cas où les enfants n'ont pas été soumis à des examens radiographiques et tomographiques en série. Mais il n'en reste pas moins que la différence de fréquence entre les groupes d'âge est nette et statistiquement significative (principalement entre jeunes enfants et adolescents).

Plus importantes sont les complications tuberculeuses proprement dites, pleuro-pulmonaires et extra-pulmonaires qui, elles aussi, diffèrent notablement suivant l'âge.

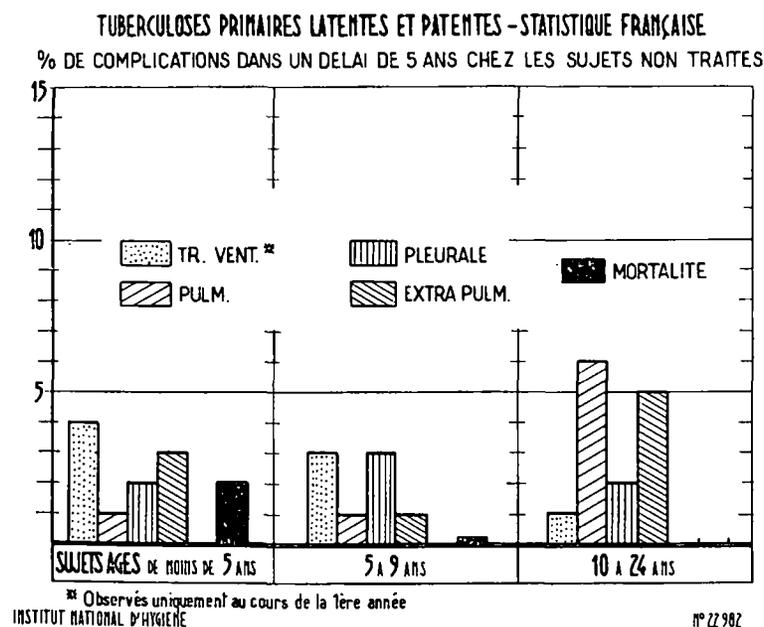


FIG. 1.

Les tuberculoses aiguës, miliaires et méningées, sont l'apanage des jeunes enfants et sont responsables de 6 décès (survenus, dans 5 cas sur 6, chez des enfants dépistés avant 1950 : tableau XIV de l'annexe B).

Les tuberculoses extra-thoraciques (ganglionnaires suppurées ou non, ostéo-articulaires) sont observées essentiellement après l'âge de 5 ans. Chez les enfants d'âge scolaire, les pleurésies représentent plus de la

moitié de l'ensemble des complications, alors que les tuberculoses pulmonaires sont rares. Chez les *adolescents*, au contraire, si les pleurésies sont également fréquentes, les *tuberculoses pulmonaires*, bacillifères ou non, représentent la complication prédominante.

Les chiffres ci-dessous, concernant les complications tuberculeuses proprement dites pour l'ensemble de la période d'observation, sont évocateurs :

Nombre de complications tuberculeuses (complications proprement dites)	Sujets non traités, de toutes catégories, âgés de		
	< 5 ans	5-9 ans	10-24 ans
Pulmonaires	2	8 (3 B.K.+)	33 (13 B.K.+)
Pleurales	6	48	33
Miliaires et méningées	10	4	1
Ostéo-articulaires	—	3	1
Ganglionnaires et autres	—	8	10
Total	18	71	78
dont décès par tuberculose	5	1	—

Les miliaires et méningites, les pleurésies sont d'apparition précoce et ne surviennent guère au-delà de la 2^e année. Les tuberculoses extrathoraciques et, surtout, les tuberculoses pulmonaires, qui peuvent se manifester précocement dès la 1^{re} année, continuent à apparaître régulièrement chaque année dans le groupe des sujets d'âge pubertaire et post-pubertaire. Les tableaux statistiques XV à XXXIII de l'annexe B, et les tableaux analytiques (annexe C) permettent de s'en rendre compte aisément.

Variable dans la nature de ses accidents, la *morbidity tuberculeuse* post-primaire est également *variable*, dans son intensité et sa progression, suivant l'âge qu'avaient les sujets au moment de leur infection initiale. Chez les jeunes enfants, la morbidité atteint très vite son maximum, dès la fin de la 1^{re} année ou de la 2^e année et le taux reste ensuite stationnaire ou n'augmente que très légèrement. Chez les enfants plus âgés, au contraire, en particulier à l'âge pubertaire et post-pubertaire, le taux de morbidité croît régulièrement en fonction du temps écoulé.

Les *taux de morbidité cumulée* dans les délais de 1 à 5 ans sont, en effet, les suivants (fig. 2) :

— pour la *catégorie 1* (formes initialement latentes) :

2 % en 1 an, 3 % en 5 ans, chez les enfants de moins de 10 ans;
3 % en 1 an, 12 % en 5 ans, chez les sujets de 10-24 ans;

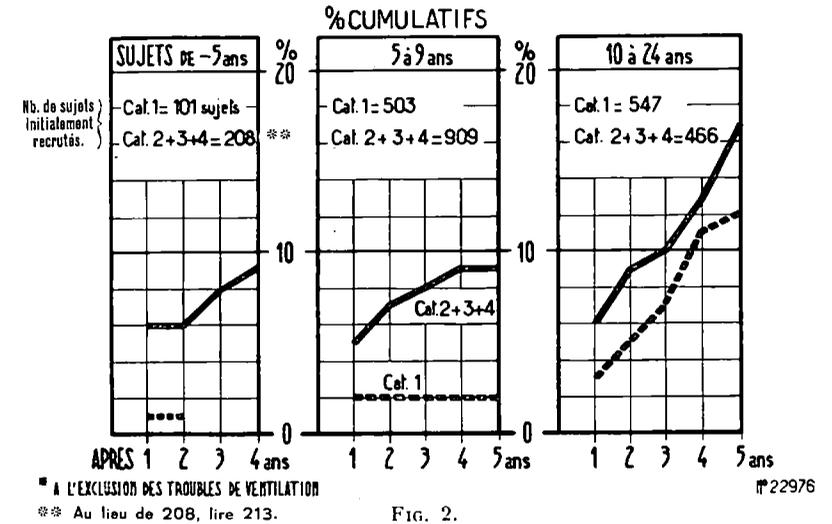
— pour les *catégories 2, 3, 4* (formes initialement patentes) :

6 % en 1 an, 9 % en 4 ans, chez les enfants de moins de 5 ans;
5 % en 1 an, 9 % en 5 ans, chez les enfants de 5-9 ans;
6 % en 1 an, 17 % en 5 ans, chez les sujets de 10-24 ans.

On voit donc que les taux de morbidité, très voisins la 1^{re} et la 2^e année dans les divers groupes d'âge, deviennent ensuite significativement différents; les sujets les plus touchés étant ceux du groupe d'âge 10-24 ans, alors que les jeunes enfants et les enfants d'âge scolaire restent moins atteints.

INSTITUT NATIONAL D'HYGIENE

COMPLICATIONS TUBERCULEUSES * POST-PRIMAIRES CHEZ LES SUJETS NON TRAITÉS
COMPARAISON ENTRE FORMES INITIALEMENT LATENTES - CATEGORIE 1 -
ET FORMES INITIALEMENT PATENTES - CATEGORIES 2+3+4 -



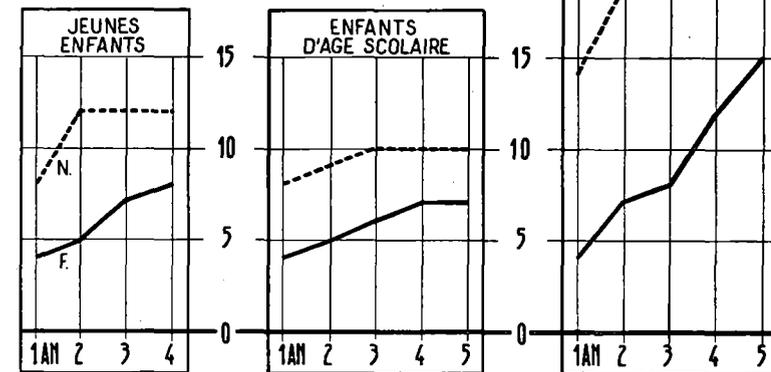
Ces faits ne valent, bien entendu, que pour le délai d'observation considéré (au maximum 5 ans après le début de la tuberculose primaire). Mais il est probable que, dans un plus long délai d'observation, on verra apparaître chez les enfants du premier groupe d'âge (qui auront alors atteint l'âge pubertaire) des complications analogues à celles qui, dans la statistique actuelle, sont observées dans un délai relativement précoce chez les adolescents.

La statistique française actuelle concorde, en tous ces points, avec les statistiques étrangères, par exemple la statistique norvégienne de NISSEN MEYER (fig. 3 et 4). Sans doute les taux de morbidité sont-ils différents, ainsi que les taux de mortalité, élevés pour la statistique norvégienne, minimes pour la nôtre. Mais les groupes de sujets surveillés n'ont pas été recrutés à la même époque (ceux de l'étude de NISSEN MEYER ont été dépistés et surveillés antérieurement à 1945). La répartition des complications suivant l'âge et leur progression en fonction du temps écoulé sont, en tout cas, semblables dans ces deux enquêtes.

TUBERCULOSES PRIMAIRES LATENTES ET PATENTES-NON TRAITÉES

% DE SUJETS COMPLIQUES
DANS UN DELAI DE 1 à 5 ANS

COMPARAISON DE 2 STATISTIQUES

NORVEGIENNE
ET FRANÇAISE

INSTITUT NATIONAL D'HYGIENE

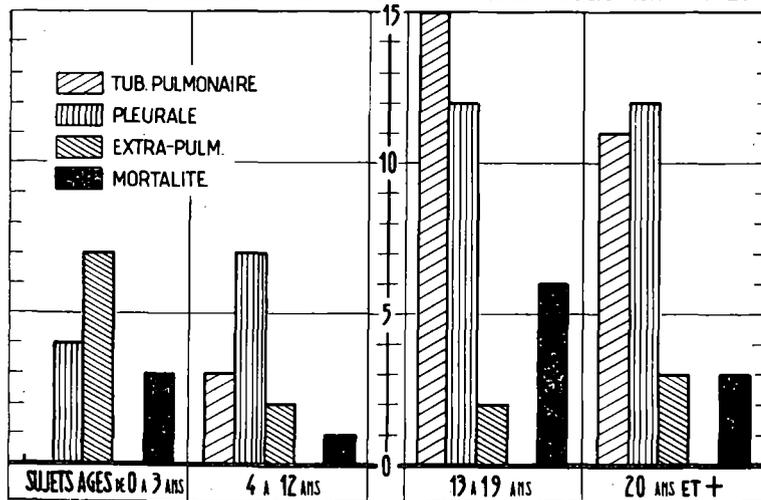
N° 22 983

FIG. 3.

TUBERCULOSES PRIMAIRES LATENTES ET PATENTES - STATISTIQUE NORVEGIENNE

(POPULATION D'OSLO SUIVIE DEPUIS 1929)

% DE COMPLICATIONS DANS UN DELAI DE 10 ANS CHEZ LES SUJETS NON TRAITÉS.



INSTITUT NATIONAL D'HYGIENE

N° 22 984

FIG. 4.

b) Variable suivant l'âge, la morbidité tuberculeuse post-primaire est, de plus, bien différente si on prend soin de distinguer les tuberculoses initiales en catégories, et ceci, quel que soit le groupe d'âge envisagé (fig. 2). Dans la catégorie 1 (correspondant aux tuberculoses primaires qui, lors du dépistage, ou lors de l'entrée en établissement de cure, étaient absolument latentes), la proportion des accidents post-primaires est infiniment moindre que dans les catégories 2, 3, 4 (correspondant aux tuberculoses primaires initialement patentes).

Cependant, même dans ces cas de la catégorie 1, la morbidité tuberculeuse est loin d'être négligeable (tableaux XV à XX). S'il n'y a eu aucun décès par tuberculose dans chacun des groupes d'âge, il y a eu, notons-le, entre autres complications, un cas de méningite.

Comparativement, l'évolution spontanée des *tuberculoses primaires patentes* (catégories 2, 3, 4) est beaucoup plus impressionnante (tableaux XXI à XXXV).

Tout d'abord, les « troubles de ventilation » précoces y sont infiniment plus fréquents :

— pour la catégorie 1 (troubles de ventilation) :

0,5 % dans le groupe < 10 ans,
0,5 % dans le groupe 10-24 ans;

— pour les catégories 2, 3, 4 (aggravations + troubles de ventilation) :

7 % dans le groupe < 10 ans,
2,5 % dans le groupe 10-24 ans.

Ces différences sont statistiquement significatives.

Elles sont également très nettes si, parmi les formes patentes (des catégories 2, 3, 4), on étudie séparément les sujets présentant initialement des signes radiologiques discrets, modérés ou importants, principalement s'il s'agit de jeunes enfants âgés de moins de 10 ans (tableau XXXV).

On trouve, en effet, en ce qui concerne les manifestations respiratoires fluxionnaires précoces (aggravations + troubles de ventilation) les pourcentages suivants :

2 % pour la catégorie des s. radiologiques initiaux discrets,
10,5 % pour la catégorie des s. radiologiques initiaux modérés ou importants.

Les différences entre les catégories sont également des plus nettes si on étudie les complications proprement dites, c'est-à-dire les tuberculoses pleuro-pulmonaires et extra-pulmonaires, précoces ou tardives, comme en témoignent les chiffres ci-dessous :

— dans le groupe d'âge < 10 ans :

2 % en 1 an et 3 % en 5 ans, pour les sujets de la catégorie 1,
5 % en 1 an et 9 % en 5 ans, pour les sujets des catégories 2, 3 et 4;

— dans le groupe d'âge 10-24 ans :

3 % en 1 an et 12 % en 5 ans, pour les sujets de la catégorie 1,
6 % en 1 an et 17 % en 5 ans, pour les sujets des catégories 2, 3 et 4.

Entre les sujets de la catégorie 2 (formes radiologiquement patentes mais cliniquement muettes) et ceux de la catégorie 4 (formes cliniquement et radiologiquement patentes), il n'apparaît pas de différence flagrante. Par contre, quels que soient la symptomatologie clinique de début et l'âge des sujets, l'importance des lésions respiratoires initiales (radiologiquement parlant) joue un rôle considérable (tableau XXXV) : la fréquence des complications est faible chez ceux qui ont des signes radiologiques initiaux discrets (1,5 % chez les plus jeunes et 3 % chez les plus âgés, en un an); la fréquence est élevée, par contre, chez ceux qui ont des signes initiaux importants ou modérés (9 % ou 10 %, suivant le groupe d'âge, en un an).

L'aspect des images radiologiques initiales (purement hilaires ou paratrachéales, ou à la fois hilaires et pulmonaires) semble jouer un rôle moins capital, sur le devenir des jeunes malades, que l'étendue même des lésions respiratoires (tableau XXXIV).

En définitive, on peut conclure que le risque de maladie tuberculeuse chez les sujets qui viennent de présenter un « virage récent » des tests tuberculiques est, en l'absence de traitement, un risque qui est loin d'être négligeable, même lorsque l'infection initiale n'a pas de traduction clinique ou radiologique immédiate. Compte tenu de la nature des accidents observés (plus que de leur fréquence elle-même), le risque est d'autant plus grave que l'enfant est plus jeune ou, au contraire, plus proche de la période pubertaire, les enfants des groupes d'âge intermédiaires étant sensiblement moins menacés.

3° ETUDE COMPARATIVE DE LA MORBIDITÉ TUBERCULEUSE POST-PRIMAIRE CHEZ LES SUJETS TRAITÉS ET NON TRAITÉS (tableaux statistiques de l'annexe B et tableaux analytiques de l'annexe C).

Dans quelle mesure le risque, qui vient d'être évoqué, peut-il être diminué par la chimioprophylaxie ? C'est là l'objet de cette deuxième étude statistique qui est le but primordial de l'enquête.

Compte tenu des faits décrits au paragraphe 2, il paraît nécessaire, pour comparer statistiquement les deux lots de sujets traités et non traités, de subdiviser ces sujets, dans chacun des lots, en catégories (formes patentes d'une part, et formes latentes d'autre part) et en groupes d'âge.

a) Tuberculoses primaires patentes (catégories 2, 3, 4). Sujets traités et non traités. — Rappelons que le nombre de sujets inclus dans cette étude statistique (voir tableau I) est le suivant :

< 5 ans	213 non traités et 603 traités.
5-9 ans	909 non traités et 808 traités.
10-24 ans	466 non traités et 291 traités.

Rappelons également que la durée d'observation varie suivant les cas (compte tenu de la date de leur dépistage) de 1 à 5 ans. Il n'est donc pas possible, pour l'instant, de présenter une étude statistique valable au-delà de la 5^e année pour les sujets non traités, de la 4^e ou 5^e année pour les sujets traités. Le nombre des sujets observés à chaque période et le nombre des manifestations tuberculeuses post-primaires survenues parmi ces sujets sont consignés sur les tableaux XXI à XXXV de l'annexe B, pour chacun des groupes, catégories et lots (voir aussi les figures 5 et 6). La morbidité tuberculeuse globale dans les délais envisagés est indiquée sur le tableau XXXIII de l'annexe B et sur la figure 7. L'étude analytique schématique des complications est présentée à l'annexe C (pages 18 à 21).

Examinons tout d'abord le groupe des jeunes enfants âgés de moins de

TUBERCULOSES PRIMAIRES PATENTES (catégories 2, 3, 4)
% de complications post-primaires.

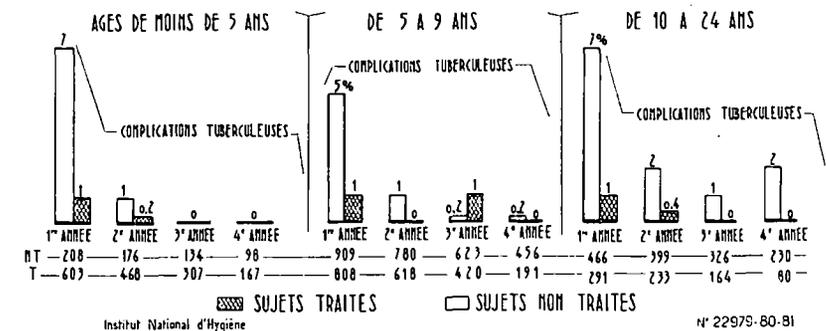


FIG. 5.

5 ans (tableaux XXI à XXIII; XXXIII; XXXIV et XXXV; fig. 5, 6 et 7). Quel que soit le type de leur infection initiale, ils présentent deux caractéristiques essentielles : d'une part, les manifestations pathologiques post-primaires apparaissent essentiellement durant le 1^{er} semestre, alors qu'elles sont nettement moins fréquentes au 2^e semestre et encore plus rares à partir de la 2^e année. D'autre part, ces manifestations sont très différentes quant à leur fréquence et à leurs caractères, dans les 2 lots non traité ou traité.

Certes, l'efficacité de la médication n'est guère apparente, si on étudie les manifestations pulmonaires précoces, étiquetées « aggravation temporaire » des signes radiologiques initiaux et « trouble de ventilation » (opacités segmentaires ou non segmentaires), apparus après le début du traitement :

Lot non traité (Ch 0).... aggravations = 3 % ; troubles de ventilation = 6 %,
Lot traité (Ch +)..... aggravations = 10 % ; troubles de ventilation = 8 %.

INSTITUT NATIONAL D'HYGIENE

TUBERCULOSES PRIMAIRES PATENTES - CATEGORIES 2+3+4 -
% DE SUJETS TRAITES ET NON TRAITES PRESENTANT DES COMPLICATIONS
TUBERCULEUSES* POST- PRIMAIRES

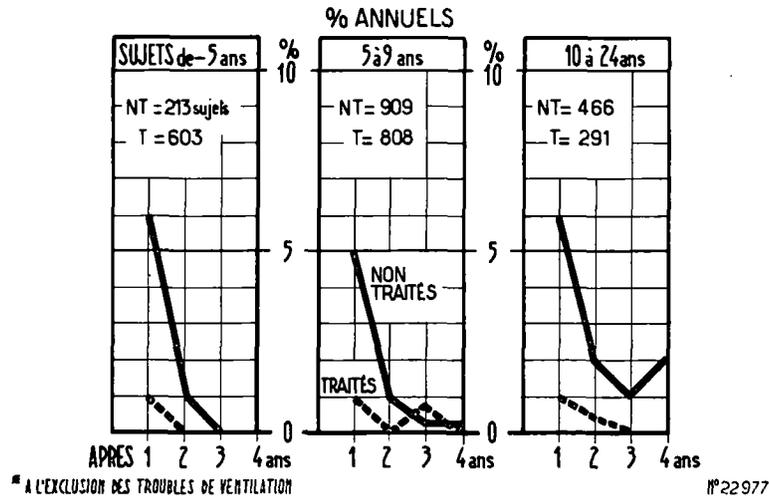


FIG. 6.

INSTITUT NATIONAL D'HYGIENE

TUBERCULOSES PRIMAIRES PATENTES - CATEGORIES 2+3+4 -
% DE SUJETS TRAITES ET NON TRAITES PRESENTANT DES COMPLICATIONS
TUBERCULEUSES* POST- PRIMAIRES

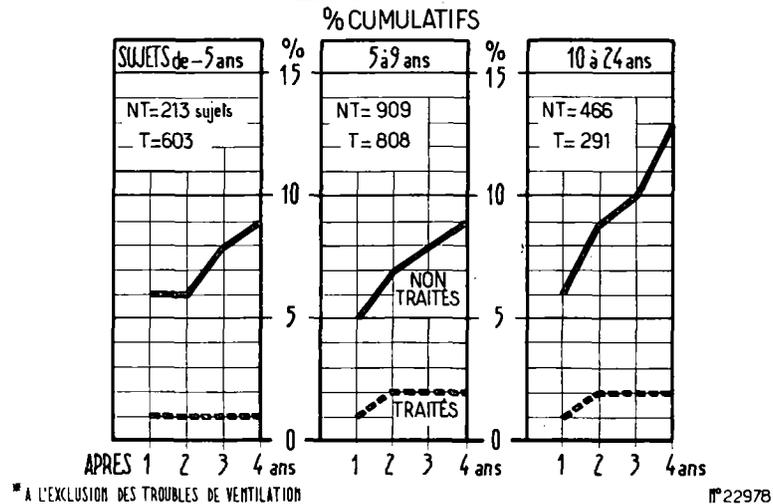


FIG. 7.

La différence n'est pas statistiquement significative pour les troubles de ventilation. Elle est au contraire significative, en défaveur des sujets traités, pour les aggravations.

Ceci n'est pas pour nous étonner, puisque dans le lot de sujets traités, il existe initialement, nous l'avons vu (tableaux VII, VIII et VIII bis, annexe A), une plus forte proportion de tuberculoses primaires radiologiquement sérieuses. Sans doute trouve-t-on encore, même si on subdivise chaque lot en catégories de gravité initiale sensiblement équivalente (signes radiologiques discrets ou importants; images hilaires simples ou hilaires et pulmonaires associées), une fréquence un peu plus grande des « aggravations » et « troubles de ventilation » dans le lot traité. Mais, dans les sous-groupes ainsi constitués, la différence entre lot traité et lot non traité est peu importante et elle n'est pas toujours statistiquement significative. Par conséquent, on peut conclure que *la chimiothérapie ne diminue pas la fréquence des manifestations pulmonaires fluxionnaires précoces chez le jeune enfant*. On ne peut prétendre, toutefois, qu'elle soit capable d'en favoriser l'apparition.

Par contre, l'efficacité de la médication apparaît très nettement, si on dénombre les complications pleurales, méningées et miliaires et extra-pulmonaires. Un fait est remarquable : l'absence de méningites et de miliaires chez les enfants traités, la moindre fréquence des pleurésies (et la moindre intensité du syndrome pleural). La morbidité tuberculeuse post-primaire de ces jeunes enfants est, au total, la suivante :

6 % en 1 an et 9 % en 4 ans, pour le lot non traité,
1 % en 1 an et 1 % en 4 ans, pour le lot traité;

la différence est statistiquement significative et, ceci, quelles que soient la catégorie (2, 3 ou 4) et les caractéristiques des signes radiologiques initiaux.

Enfin, la mortalité tuberculeuse, qui est faible (2 %) dans le lot non traité (il s'agit, dans 4 cas sur 5, de jeunes enfants dépistés avant 1949 et rapidement décédés de méningite), est nulle dans le lot traité.

Dans le groupe d'enfants âgés de 5 à 9 ans (tableaux XXIV à XXVI, XXXIII, XXXIV et XXXV; figures 5, 6 et 7), nous constatons des faits similaires.

L'accentuation des signes radiologiques initiaux, au 1^{er} et au 2^e semestre, s'observe avec une fréquence sensiblement égale chez les sujets non traités et traités (2 % et 4 %, différence non significative); de même que les troubles de ventilation (4 % et 3 %, différence non significative).

Par contre, les tuberculoses pleuro-pulmonaires et extra-pulmonaires, précoces ou tardives, sont beaucoup moins fréquentes dans le lot traité que dans le groupe de contrôle non traité. La morbidité est, en effet, la suivante :

5 % en 1 an et 9 % en 4 ans, dans le lot non traité,
1 % en 1 an et 2 % en 4 ans, dans le lot traité;

cette différence est statistiquement significative.

Différentes dans leur fréquence, ces complications sont également différentes, dans ces deux lots, quant à leur nature et à leur gravité; chez les sujets soumis initialement à la chimiothérapie, les lésions pulmonaires post-primaires ont été plus limitées et plus bénignes, les réactions pleurales beaucoup plus discrètes et éphémères; il n'y a eu aucune miliaire, aucune méningite, aucun décès par tuberculose (alors que chez les sujets non traités, on a observé, entre autres nombreuses complications, deux cas de méningites ou miliaries, dont un est décédé de tuberculose).

Enfin, dans le *groupe des enfants d'âge pubertaire et des jeunes adultes (10-24 ans)*, on peut faire des constatations non moins frappantes (tableaux XXX à XXXII, XXXIII, XXXIV et XXXV; fig. 5, 6 et 7).

Les « aggravations » radiologiques précoces (rares dans ce groupe d'âge) sont moins souvent observées chez les sujets non traités que chez les sujets traités (0,4 % et 2 %, différence significative). Les troubles de ventilation, rares également, ne sont pas différents dans les deux lots (2 % et 3 %).

Mais, comme chez les enfants plus jeunes, la *morbidity tuberculeuse* (complications proprement dites) est *beaucoup plus haute* dans le lot non traité que dans l'autre :

6 % en 1 an et 13 % en 4 ans, dans le lot non traité,
1 % en 1 an et 2 % en 4 ans, dans le lot traité;

différence statistiquement significative.

Cette dissemblance dans l'évolution des cas est d'autant plus frappante que la tuberculose primaire était initialement plus sérieuse; comme le prouvent les chiffres relatifs aux complications survenues, la 1^{re} année, dans les catégories ci-dessous :

	Lot non traité (âge : 10 à 24 ans)	Lot traité
Signes radiologiques initiaux discrets	3 %	0
Signes radiologiques modérés ou importants	10 %	1 %
Lésions hilaires isolées	5 %	1 %
Lésions hilaires et pulmonaires associées	15 %	1 %

Ces sujets sont particulièrement intéressants à étudier, compte tenu de la fréquence, à cet âge, des tuberculoses pulmonaires de type phtisique, précoces ou tardives. Or, non seulement dans l'immédiat, mais encore dans le délai de 4 ou 5 ans considéré, l'efficacité de la chimiothérapie précoce s'est manifestée à cet égard : la réduction très importante du nombre des tuberculoses pulmonaires ainsi que des tuberculoses pleurales chez les sujets traités est éminemment significative.

Tels sont les résultats relatifs aux tuberculoses primaires patentées.

Que pouvons-nous déduire de l'étude des tuberculoses primaires latentes ?

b) *Tuberculoses primaires latentes. Sujets non traités et sujets traités* (tableaux XIX et XX). — L'étude comparative ne porte actuellement que sur 1 151 sujets non traités et 116 sujets traités, et, pour ces derniers, la durée d'observation est encore trop limitée.

Toutefois, il importe de faire remarquer qu'aucune complication pulmonaire de type phtisique, aucune complication pleurale ou extra-pulmonaire n'a été observée dans le lot initialement traité, alors que, dans le lot non traité, la morbidité est de 2 % la 1^{re} année et augmente de façon impressionnante les années suivantes, s'élevant à 12 % dans un délai de 5 ans (cet accroissement de la morbidité étant surtout le fait des adolescents et de l'apparition, dans ce groupe, de tuberculoses pulmonaires).

Cette étude statistique des tuberculoses primaires latentes, non traitées et traitées, n'a pu être, ici, qu'ébauchée. Il nous a paru intéressant d'essayer de la compléter par *une nouvelle enquête* : celle-ci est actuellement commencée et nous permettra, nous l'espérons, de comparer un groupe traité et un groupe témoin, numériquement suffisants, dans lesquels les sujets sont répartis par désignation au hasard.

Mais, de la *première enquête* qui vient d'être effectuée, on peut d'ores et déjà tirer les conclusions suivantes : la tuberculose primaire a été nettement influencée par la chimio prophylaxie ou chimiothérapie précoce et prolongée, puisque la fréquence des accidents post-primaires, au cours des premières années d'évolution, est nettement moindre chez les sujets traités que chez les sujets qui, soumis à la cure hygiéno-diététique, n'ont pas bénéficié de la médication antituberculeuse spécifique.

Sans doute cette médication n'a-t-elle pas empêché l'apparition de troubles de ventilation broncho-pulmonaires, dont la fréquence paraît être conditionnée par le jeune âge des sujets et l'importance de la lésion ganglionnaire initiale. Mais elle a diminué de façon très importante la fréquence des accidents « secondaires », c'est-à-dire des diffusions bacillaires thoraciques ou extra-thoraciques, particulièrement redoutables chez les jeunes enfants. Elle a diminué également la fréquence des tuberculoses pulmonaires de type « tertiaire » si souvent constatées, en l'absence de traitement, chez les adolescents et jeunes adultes. Ceci, dans le délai de 4 ou 5 ans dont nous pouvons faire état actuellement.

Il serait intéressant de pouvoir confirmer ces résultats à longue échéance. Il est donc souhaitable de poursuivre, pendant plusieurs années, la surveillance des sujets inclus dans l'enquête.

RÉSUMÉ

L'enquête française sur la chimioprophylaxie et la chimiothérapie précoce des tuberculoses primaires est la première qui ait été réalisée dans ce domaine.

C'est en effet, en 1953, que cette enquête a été, à la demande du P^r ROBERT DEBRÉ, commencée en FRANCE. Elle a été réalisée par la Section de la Tuberculose de l'INSTITUT NATIONAL D'HYGIÈNE, avec la participation des SERVICES HOSPITALIERS de pédiatrie ou de phthisiologie infantile et de préventorium, et effectuée en liaison étroite avec les SERVICES DE SANTÉ PUBLIQUE.

L'enquête (subventionnée par la CAISSE NATIONALE DE SÉCURITÉ SOCIALE) a été, pour des raisons d'ordre matériel, limitée à quelques régions de la France (Bordeaux, Grenoble, Lyon, Nancy, Paris, Tours); régions dans lesquelles nous avons obtenu la participation des centres de dépistage et de traitement et des services médico-sociaux et administratifs chargés de la lutte antituberculeuse. Des équipes d'enquêteurs ont été chargées de s'occuper du recrutement des cas à inclure dans l'enquête et de leur surveillance, et d'établir une liaison étroite entre les divers services et l'Institut National d'Hygiène où les documents ont été centralisés pour étude et exploitation statistique.

L'enquête a pour but d'étudier quelle est, chez les sujets présentant une *tuberculose primaire récente*, l'efficacité, dans l'immédiat et, surtout, à longue échéance, d'une *chimioprophylaxie prolongée*. C'est dire que nous avons volontairement évité toute publication prématurée des résultats dont la validité aurait été contestable si nous n'avions pas disposé d'un nombre de cas et d'un recul suffisants.

C'est dire, également, que nous avons préféré ne pas inclure tout sujet tuberculino-positif dans cette étude statistique que nous avons limitée, au contraire, aux seuls enfants ou adolescents présentant une *infection primaire récente* (datant de moins de 1 an), celle-ci étant révélée avec une relative précision par l'apparition de l'allergie tuberculique accompagnée ou non de manifestations cliniques.

Les cas, ainsi définis, ont été subdivisés en *groupes et catégories*. En fonction de l'âge, 3 groupes : sujets âgés de moins de 5 ans, 5 à 9 ans, 10 à 24 ans. En fonction du type de l'infection initiale, 4 catégories : 1, correspondant aux tuberculoses primaires latentes, sans signes cliniques ni radiologiques, 2, 3 et 4 correspondant aux tuberculoses primaires *patentes* caractérisées par l'existence de signes radiologiques ganglionnaires ou ganglio-pulmonaires (catégorie 2), de symptômes cliniques, généraux ou fonctionnels (catégorie 3), de signes à la fois cliniques et radiologiques (catégorie 4). Cette distinction entre formes latentes et formes *patentes* nous a paru essentielle, compte tenu des différences

observées dans le comportement évolutif de cas à l'origine dissemblables.

Dans ces divers groupes et catégories sont distingués 2 lots de sujets : *traités et non traités*. Les sujets traités ont reçu une *médication mixte* par I. N. H. (20 mg/kg avant l'âge de 2 ans et 10 mg/kg après 2 ans sans dépasser 400 mg/kg par jour) et P. A. S. (30 cg/kg sans dépasser 15 g par jour) administrée régulièrement sans interruption et prolongée pendant 6 mois au minimum, souvent 6 à 12 mois, parfois plus de 12 mois. Ils ont, en outre, pour la majorité d'entre eux, été soumis à la cure de repos en service spécialisé (hôpital et préventorium). Quant aux sujets non traités, ils ont également, pour la plupart, bénéficié de la cure hygiéno-diététique en préventorium, se trouvant donc dans les mêmes conditions de soins et de surveillance que les sujets traités par I. N. H. et P. A. S.

Pour des raisons d'ordre moral, les médecins participant à l'enquête ne se sont pas cru autorisés à désigner au hasard groupe traité et groupe non traité, d'autant plus que les sujets inclus dans cette étude étaient, pour la plupart, atteints de primo-infections patentes. Mais, les médecins participant à l'enquête étant les uns pour, les autres contre l'application systématique de la chimioprophylaxie, nous avons pu trouver sujets traités et sujets témoins dans des centres différents, centres dont le mode de recrutement et les conditions de soins et de surveillance étaient cependant semblables.

A cet égard, il faut signaler que, parmi les 4 557 cas actuellement exploitables pour l'enquête, les deux lots de sujets, non traité et traité, sont sensiblement comparables quant à leur origine rurale ou urbaine et à leur milieu socio-économique, quant à la date du dépistage de leur infection tuberculeuse, à la durée de leur séjour en établissement de cure. Ils ne diffèrent notablement que sur un point : les formes les plus sérieuses sont celles qui ont été le plus souvent traitées.

Dans les 4 557 cas étudiés, nous dénombrons 1 267 formes latentes (catégorie 1) dont 116 seulement ont été traitées, et 3 290 formes patentes (catégories 2, 3, 4) dont 1 702 appartiennent au groupe traité et 1 588 au groupe de contrôle non traité. L'étude comparative de la fréquence des complications post-primaires, chez les sujets ayant ou n'ayant pas reçu la chimiothérapie, concerne donc principalement ces dernières catégories.

De cette étude statistique ressort un fait essentiel : l'évolution des tuberculoses primaires patentes des enfants et des adolescents paraît avoir été nettement influencée, tout au moins au cours des premières années, par la chimiothérapie prolongée.

En effet, la fréquence des accidents postprimaires est nettement moindre chez les sujets traités que chez ceux qui n'ont pas bénéficié de la chimiothérapie spécifique. Sans doute, la chimiothérapie n'a-t-elle pas empêché l'apparition de manifestations pulmonaires précoces en rapport avec des troubles de ventilation broncho-pulmonaire, dont la fréquence paraît être conditionnée par le jeune âge des enfants et par l'importance de la lésion ganglionnaire initiale. Par contre, elle a diminué de façon très notable

la fréquence des diffusions bacillaires thoraciques ou extra-thoraciques, tout au moins dans l'immédiat, spécialement chez les jeunes enfants chez lesquels elles sont précoces et particulièrement redoutables. Elle a diminué également, dans de fortes proportions, la fréquence des tuberculoses pulmonaires de type phthisique chez les adolescents et les jeunes adultes, tout au moins pendant la période d'observation de 1 à 5 ans dont nous disposons à l'heure actuelle.

La morbidité globale (troubles de ventilation précoces exclus), dans le délai maximum de 4 ou 5 ans, dont nous pouvons faire état actuellement, est, rappelons-le, la suivante pour chacun des trois groupes d'âge :

< 5 ans	9 % dans le lot non traité, 1 % dans le lot traité,
5- 9 ans	9 % dans le lot non traité, 2 % dans le lot traité,
10-24 ans	13 % dans le lot non traité, 2 % dans le lot traité.

Tels sont les faits relatifs à l'évolution des *infections patentes*, parmi lesquelles on comptait un bon nombre de tuberculoses cliniquement muettes qui avaient été dépistées par les tests tuberculiques et examens radiologiques systématiques chez des sujets en parfait état général.

Quant à l'étude statistique des *infections latentes*, elle n'a pu être qu'ébauchée dans cette première enquête, le nombre de sujets traités étant peu important. Il est cependant intéressant de noter que la *morbidité tuberculeuse* a été nulle dans le petit lot de sujets traités et suivis pendant 2 ou 3 ans, alors qu'elle est de 4 %, dans ce même délai, chez les sujets non traités (ceci, pour l'ensemble des sujets âgés de moins de 25 ans).

Nous continuons, bien entendu, la *surveillance à longue échéance* de tous ces enfants et jeunes adultes.

De plus, nous avons entrepris une *deuxième enquête* relative à la *chimio prophylaxie prolongée*, par P. I. N. H., de la *tuberculose primaire latente*, les sujets à traiter et les sujets témoins étant maintenant désignés par *randomisation*. Le nombre de cas n'est pas encore assez élevé et la durée d'observation est encore trop courte pour que nous puissions, dès à présent, faire état des résultats de cette seconde étude.

Travail de la Section de la Tuberculose de l'Institut National d'Hygiène, des Services hospitaliers de Pédiatrie et de Phthisiologie infantile et des Préventoriums. Résultats présentés par

A. LOTTE et A. ROUILLON.

ANNEXE A

RECENSEMENT DES CAS
ET COMPOSITION DES GROUPES DE SUJETS
INCLUS DANS L'ENQUÊTE

Tableaux statistiques I à XII.

TABLEAU I. — Recensement des cas inclus dans l'enquête.

Catégorie de tuberculose primaire	Nombre de sujets dans chaque groupe d'âge									Total des sujets de moins de 25 ans		
	Moins de 5 ans			5-9 ans			10-24 ans			Non traités	Traités	Total
	Non traités	Traités	Total	Non traités	Traités	Total	Non traités	Traités	Total			
1	101	34	135	503	60	563	547	22	569	1 151	116	1 267
2	115	289	404	527	394	921	240	127	367	882	810	1 692
3	20	19	39	90	20	110	60	10	70	170	49	219
4	78	295	373	292	394	686	166	154	320	535	843	1 378
Ensemble des formes patentés : 2 + 3 + 4	213	603	816	909	808	1 717	466	291	757	1 588	1 702	3 290
Ensemble des catégories 1, 2, 3, 4	314	637	951	1 412	868	2 280	1 013	313	1 326	2 739	1 818	4 557

TABLEAU II. — Recensement des cas, par année de dépistage.

Sujets de tous âges (moins de 25 ans).

Catégorie de tuberculose primaire	Chimiothérapie initiale	Nombre de cas recrutés pendant les années												Total
		1947	1948	1949	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957	1958	
1 (formes latentes).	CH0	76	54	48	20	25	64	92	77	276	281	126	12	1 151
	CH+	—	—	—	—	—	2	3	41	28	32	9	1	116
2, 3 et 4 (formes patentés).	CH0	108	103	122	96	66	79	115	305	340	187	67	—	1 588
	CH+	—	—	—	—	—	21	210	409	469	424	169	—	1 709

TABLEAU II bis

Recensement des cas, par années de dépistage.

Catégorie de tuberculose primaire	Groupes d'âges	Chimiothérapie initiale	Total des sujets recensés	Nombre et % des sujets recensés pendant les périodes:			
				1947 à 1951		1952 à 1958	
1 (formes latentes).	< 5 ans.	CH0 CH+	101 34	15	15%	86 34	85 % 100%
	5-9 ans.	CH0 CH+	503 60	131	26%	372 60	74 % 100%
	10-24 ans.	CH0 CH+	547 22	77	14%	470 22	86 % 100%
	< 25 ans.	CH0 CH+	1 151 116	223	19%	928 116	81 % 100%
2, 3 et 4 (formes patentées).	< 5 ans.	CH0 CH+	213 603	62	29%	151 603	71 % 100%
	5-9 ans.	CH0 CH+	909 808	255	28%	654 808	72 % 100%
	10-24 ans.	CH0 CH+	466 291	178	38%	288 291	62 % 100%
	< 25 ans.	CH0 CH+	1 588 1 702	495	31%	1 093 1 702	69 % 100%

TABLEAU III

Habitat rural ou urbain et conditions de logement.

(Ensemble des sujets âgés de moins de 25 ans, non traités ou traités.)

Catégorie de tuberculose primaire	Chimiothérapie initiale	Habitat				Logement	
		% de sujets originaires (1) de				% de sujets vivant dans des conditions	
		La campagne	Villes de			Favo- rables	Défavo- rables
		Moins de 50 000 hab.	50 000 à 499 000 hab.	500 000 hab. et plus			
1 (formes latentes).	CH0	2	4	3	91	79	21
	CH+	10	13	8	69	67	33
2, 3 et 4 (formes patentées).	CH0	8	11	5	76	72	28
	CH+	13	20	16	51	59	41

(1) En tenant compte de la résidence (et non du lieu de naissance).

TABLEAU IV

Catégories socio-professionnelles (1) des sujets ou de leur famille.

Age	Catégorie de tub. primaire	Chimiothérapie initiale	Catégorie socio-professionnelle non précisée %	Parmi les cas précisés, % de sujets appartenant aux catégories socio-professionnelles			
				1-2-3	4-5	6-7	8-9 11-12
Moins de 25 ans.	1	CH0	32	18	9	46	27
		CH+	34	4	9	47	40
Moins de 5 ans.	2, 3 et 4	CH0	29	4	7	53	36
		CH+	38	5	9	59	27
5 à 9 ans.	2, 3 et 4	CH0	49	3	4	62	31
		CH+	45	4	6	59	31
10 à 24 ans.	2, 3 et 4	CH0	28	3	8	51	38
		CH+	35	4	9	60	27
	2, 3 et 4	CH0	23	8	5	53	34
		CH+	34	7	12	58	23

(1) Catégories socio-professionnelles :

- 1 — Dirigeants de l'industrie et du commerce.
- 2 — Professions libérales.
- 3 — « Cadres » supérieurs et moyens et fonctionnaires des catégories supérieures ou moyennes.
- 4 — Artisans ou commerçants.
- 5 — Agriculteurs et éleveurs (propriétaires, fermiers, métayers).
- 6 — Fonctionnaires subalternes, employés de commerce.
- 7 — Ouvriers spécialisés ou qualifiés, personnel de service ayant une qualification.
- 8 — Manœuvres ou ouvriers non spécialisés ou non qualifiés, personnel de service non qualifié.
- 9 — Ouvriers agricoles (saisonniers, journaliers).
- 11 — Retraités.
- 12 — Chômeurs.

TABLEAU V

Origine de la contamination.

Age	Catégorie de tuberculose primaire	Chimiothérapie initiale	% de cas où l'origine de la contamination est		Parmi les cas précisés % de cas où la contamination est :	
			Inconnue	Connue	Familiale	Extra-familiale
< 25 ans.	1	CH0 CH+	80 58	20 42	89 86	11 14
	2, 3 et 4	CH0 CH+	66 50	34 50	87 85	13 15
< 5 ans.	1	CH0	61	39	90	10
	2, 3 et 4	CH0 CH+	49 34	51 66	90 89	10 11
5-9 ans.	1	CH0	74	26	92	8
	2, 3 et 4	CH0 CH+	65 57	35 43	87 82	13 18
10-24 ans.	1	CH0	90	10	83	17
	2, 3 et 4	CH0 CH+	76 62	24 38	83 83	17 17

TABLEAU VI

Antécédents familiaux de tuberculose (anciens ou actuels).

Age	Catégorie de tuberculose primaire	Chimiothérapie initiale	Antécédents non précisés %	Parmi les antécédents précisés, % de cas où			
				Aucun antécédent	Antécédents familiaux		
					Père ou mère	Frères ou sœurs	Autres personnes de la famille
< 25 ans.	1	CH0 CH+	27 18	66 49	22 43	5 2	7 6
	2, 3 et 4	CH0 CH+	18 13	56 41	29 41	6 6	4 12
< 5 ans.	1	CH0	19	55	34	2	9
	2, 3 et 4	CH0 CH+	14 9	38 26	43 53	6 6	13 15
5-9 ans.	1	CH0	21	57	28	6	9
	2, 3 et 4	CH0 CH+	17 15	55 48	30 35	5 6	10 11
10-24 ans.	1	CH0	38	79	12	3	6
	2, 3 et 4	CH0 CH+	23 17	68 55	20 30	7 8	5 7

TABLEAU VII

*Tuberculoses primaires patentes (catégories 2, 3 et 4).
Répartition des diverses formes, cliniques ou radiologiques,
dans chaque groupe d'âge et chaque lot (non traité ou traité).*

Groupes d'âge	Chimio- thérapie initiale	% de sujets appartenant aux catégories			Parmi les formes cliniquement patentes (cat. 3 et 4) % sujets présentant début		Parmi les formes radiologiquement patentes (cat. 2 et 4) % sujets présentant des S. R.		
		2	3	4	Aigu	Pro- gressif	Discrets (+)	Modérés (++)	Importants (+++)
		< 5 ans.	CH0 CH+	54 48	9 3	37 49	31 36	69 64	41 18
5-9 ans.	CH0 CH+	58 49	10 2	32 49	27 34	73 66	43 25	39 46	18 29
10-24 ans.	CH0 CH+	52 44	12 3	36 53	30 35	70 65	46 18	40 47	14 37
< 25 ans.	CH0 CH+	56 48	11 3	33 49	28 37	72 63	43 21	41 46	16 33

TABLEAU VIII

*Tuberculoses primaires radiologiquement patentes (catégories 2 et 4).
Répartition des signes radiologiques et bactériologiques initiaux
dans chaque groupe d'âge et chaque lot (non traité ou traité).*

Groupes d'âge	Chimio- thérapie initiale	Nombre de sujets	% de sujets présentant des images radiologiques hilaires ou paratracheales				% de sujets BK+
			Isolées	Associées à réaction pleurale	Associées à une opacité pulm.		
					Segmen- taire	Non segment.	
< 5 ans.	CH0 CH+	193 584	70 48	6 4	7 27	17 21	5 30
5-9 ans.	CH0 CH+	818 788	78 61	3 3	8 12	11 24	2 9
10-24 ans.	CH0 CH+	406 281	74 54	4 7	8 13	14 26	2 8
< 25 ans.	CH0 CH+	1 417 1 653	75 55	4 4	8 17	13 24	3 16

TABLEAU VIII bis.

Tuberculoses primaires radiologiquement patentés (catégories 2 et 4).

Répartition, en fonction de l'importance des signes radiologiques, des images ganglionnaires (hilaires ou paratrachéales) (1) et ganglio-pulmonaires (2), dans chaque groupe d'âge et chaque lot (non traité ou traité).

Groupes d'âge	Chimio- thérapie initiale	Signes radiologiques discrets			Signes radiologiques modérés			Signes radiologiques importants		
		Nombre de sujets	% sujets présentant une image		Nombre de sujets	% sujets présentant une image		Nombre de sujets	% sujets présentant une image	
			Ggl.	Ggl. p.		Ggl.	Ggl. p.		Ggl.	Ggl. p.
Moins de 5 ans.	CH0	80	92	8	89	66	34	24	54	46
	CH+	107	95	5	265	53	47	212	30	70
5-9 ans.	CH0	347	96	4	322	76	24	149	51	49
	CH+	196	93	7	367	63	37	225	42	58
10-24 ans.	CH0	186	92	8	162	73	27	58	50	50
	CH+	50	90	10	131	63	37	100	45	55
Moins de 25 ans.	CH0	613	94	6	573	76	24	231	51	49
	CH+	353	93	7	763	60	40	537	38	62

(1) Avec ou sans réaction pleurale.
(2) Avec opacité parenchymateuse segmentaire ou non segmentaire.

TABLEAU IX

Ancienneté de l'infection tuberculeuse initiale (1).

Groupes d'âge	Catégorie de tuberc. primaire	Chimiothérapie initiale	% de sujets dont le délai d'ancienneté est				
			< 1 mois	1 et 2 mois	3 à 5 mois	6 à 8 mois	9 à 11 mois
< 25 ans.	1	CH0	4	24	47	23	2
		CH+	12	31	39	17	1
	2	CH0	4	20	52	20	4
		CH+	8	28	39	20	5
3 et 4	CH0	10	35	41	12	2	
	CH+	23	36	30	10	1	
	2, 3 et 4	CH0	7	26	47	17	3
		CH+	16	32	34	15	3
< 5 ans.	1	CH0	9	26	45	14	6
		CH+	16	25	34	23	2
	2, 3 et 4	CH0	20	40	24	14	2
		CH+					
5-9 ans.	1	CH0	3	24	56	15	2
		CH+	5	26	49	16	4
	2, 3 et 4	CH0	13	28	39	17	3
		CH+					
10-24 ans.	1	CH0	3	26	38	32	1
		CH+	6	27	49	16	2
	2, 3 et 4	CH0	18	26	41	10	5
		CH+					

(1) L'ancienneté est définie par le délai écoulé entre la date présumée de l'infection et la date à laquelle le sujet est mis en surveillance pour l'enquête : c'est-à-dire date de début de la chimiothérapie ou (pour ceux qui ne reçoivent pas de chimiothérapie) date d'entrée en établissement spécialisé ou, enfin (pour ceux qui sont simplement surveillés, sans aucun traitement), date du dépistage.

La date présumée de l'infection est fixée en tenant compte de la moitié du délai écoulé entre le dernier test tuberculinique négatif et le premier test positif (pour les cas dépistés par examen systématique), ou du mois précédant l'apparition des signes cliniques (pour les cas révélés par des signes généraux ou respiratoires).

TABLEAU X

Modalités de la surveillance et durée de séjour en services spécialisés.
(Ensemble des sujets âgés de moins de 25 ans.)

Catégorie de tuberculose primaire	Chimiothérapie initiale	Modalités de la surveillance							Séjour en services spécialisés				
		% de sujets surveillés							Nb. de sujets	% de sujets ayant séjourné			
		A domicile			En services spécialisés					< 6 mois	6 à 11 mois	12 à 17 mois	18 et > 18 mois
		Pas de repos	Repos	Au total	Hôpital	Prévent.	Hôp. + Prévent.	Au total					
1	CH0 1 151 cas.	53	6	59	1	39	1	41	469	29	60	10	1
	CH+ 116 cas.	8	9	17	5	60	18	83	96	12	75	12	1
2, 3 et 4	CH0 1 587 cas.	10	3	13	3	79	5	87	1 385	15	57	21	7
	CH+ 1 702 cas.	1	2	3	11	54	32	97	1 643	4	49	35	12
Signes radiologiques discrets.	CH0 613 cas.	12	3	15	1	80	4	85	520	17	68	13	2
	CH+ 353 cas.	4	3	7	7	63	23	93	328	7	64	25	4
Signes radiologiques modérés.	CH0 573 cas.	6	3	9	4	81	6	91	522	13	54	26	7
	CH+ 763 cas.	1	2	3	8	57	32	97	745	4	48	37	11
Signes radiologiques importants.	CH0 231 cas.	6	1	7	3	81	9	93	214	8	33	40	19
	CH+ 537 cas.	1	1	2	16	44	38	98	526	3	40	40	17

TABLEAU X bis
Modalités de la surveillance et durée de séjour en services spécialisés
(pour chaque groupe d'âge).

Groupes d'âge	Catégorie de tuberculose primaire	Chimio- thérapie initiale	Nombre total de sujets	Modalité de la surveillance % de sujets surveillés		Nombre de sujets de service spécialisé	Séjours en services spécialisés				
				A domicile	En service spécialisé		Moins de 6 mois	6 à 11 mois	12 à 17 mois	18 mois et plus de 18 mois	Nombre de sujets
Moins de 5 ans.	1	CH0	101	45	55	56	27	55	16	2	
	2, 3, 4	CH0 CH+	213 603	17 4	83 96	176 577	17 4	45 40	27 37	11 19	
5 à 9 ans.	1	CH0	503	40	60	302	28	61	10	1	
	2, 3, 4	CH0 CH+	908 808	10 3	90 97	820 784	13 4	59 51	21 36	7 9	
10 à 24 ans.	1	CH0	547	80	20	111	34	60	5	1	
	2, 3, 4	CH0 CH+	466 291	16 3	84 97	389 282	19 4	58 62	18 30	5 4	

TABLEAU XI
Durée de la chimiothérapie.

Groupes d'âge	Catégorie de tuberculose primaire	% de sujets ayant reçu la chimiothérapie pendant			
		< 6 mois	6 à 11 mois	12 à 17 mois	18 mois et plus
< 25 ans.	1.....	1	92	7	—
	2, 3 et 4.....	0,5	78	18,5	3
	<i>S. radiol.</i>				
	Discrets.....	0,5	90	9	0,5
Modérés.....	1	78	18	3	
Importants.....	0,5	70	25,5	4	
< 5 ans.	2, 3 et 4.....	0,5	74	21	4,5
	<i>S. radiol.</i>				
	Discrets.....	—	88	10	2
	Modérés.....	0,5	72	22	5,5
Importants.....	—	68	26	6	
5-9 ans.	2, 3 et 4.....	1	81	16	2
	<i>S. radiol.</i>				
	Discrets.....	0,5	92	7,5	—
	Modérés.....	2	79	17	2
Importants.....	1	72	24	3	
10-24 ans.	2, 3 et 4.....	0,5	82	17	0,5
	<i>S. radiol.</i>				
	Discrets.....	—	88	12	—
	Modérés.....	1	89	10	—
Importants.....	—	69	29	2	

TABLEAU XII

Intolérance à l'égard des médicaments.

Groupes d'âge	% global des cas d'intolérance	Médicament incriminé. % de cas où est incriminé		Modification du traitement. % de cas où le médicament		
		Le P. A. S.	L. I. N. H.	N'est pas suppr.	Est supprimé	
					Tempor.	Définitiv.
< 5 ans.	17	16,7	0,3	2	5	10
5-9 ans.	8	7,8	0,2	1	3	4
10-24 ans.	8	7,7	0,3	1	3	4
< 25 ans.	11 (203 cas.)	10,5 (198 cas.)	0,5 (5 cas.)	1 (22 cas.)	4 (64 cas.)	6 (1) (117 cas.)

(1) Le traitement a été modifié ou interrompu :
dans 14 cas seulement (1 %), un peu avant la fin du 6^e mois,
dans 86 cas, entre le 6^e et le 12^e mois,
dans 17 cas, après le 12^e mois.

ANNEXE B

SURVEILLANCE DES SUJETS
ÉVOLUTION ET COMPLICATIONS*Tableaux statistiques XIII à XXXVII.*

TABLEAU XIII

Recensement des cas recrutés de 1946 à 1958 et suivis pendant 1 à 5 ans.
Sujets âgés de moins de 25 ans
présentant une tuberculose primaire latente (catégorie 1).

Type de traitement	Durée théorique minima (1) d'observation	Nombre de sujets initialement recrutés	% de sujets suivis dans le délai de				
			1 an	2 ans	3 ans	4 ans	5 ans
Pas de chimiothérapie initiale.	1 an.	1 151	100	84	76	73	66
	2 ans.	1 055					
	3 ans.	814					
	4 ans.	507					
	5 ans.	370					
Chimiothérapie initiale.	1 an.	116	100	75	65	57	
	2 ans.	110					
	3 ans.	85					
	4 ans.	44					
	5 ans.	9					

(1) C'est-à-dire temps écoulé depuis le dépistage de la tuberculose primaire (ou le début de son traitement) jusqu'au dernier bilan effectué à l'occasion de cette étude statistique (début de l'année 1959).

TABLEAU XIII bis

Recensement des cas recrutés de 1946 à 1958 et suivis pendant 1 à 5 ans.
Sujets âgés de moins de 25 ans
présentant une tuberculose primaire patente (catégories 2 + 3 + 4).

Type de traitement	Nombre théorique minima (1) d'observation	Nombre de sujets initialement recrutés	% de sujets suivis dans le délai de				
			1 an	2 ans	3 ans	4 ans	5 ans
Pas de chimiothérapie initiale.	1 an.	1 588	100	87	80	76	74
	2 ans.	1 557					
	3 ans.	1 360					
	4 ans.	1 035					
	5 ans.	723					
Chimiothérapie initiale.	1 an.	1 702	100	81	72	68	68
	2 ans.	1 635					
	3 ans.	1 230					
	4 ans.	701					
	5 ans.	263					

(1) C'est-à-dire temps écoulé depuis le dépistage de la tuberculose primaire (ou le début de son traitement) jusqu'au dernier bilan effectué à l'occasion de cette étude statistique (début de l'année 1959).

TABLEAU XIII ter

Origine des renseignements obtenus sur l'état de santé des sujets.

Ensemble des sujets âgés de moins de 25 ans (toutes catégories).

Type de traitement	Origine des renseignements obtenus		Délai écoulé depuis le début du traitement				
			1 an	2 ans	3 ans	4 ans	5 ans
Pas de chimiothérapie initiale.	La famille ou le sujet lui-même.	N. %	613 22	673 30	548 32	446 39	261 34
	Le médecin de clientèle privée.	N. %	19 0,7	31 1	24 1	22 2	8 1
	Les services médicaux de dépistage et de traitement.	N. %	2 107 77	1 533 69	1 129 67	684 59	581 65
	<i>Total des sujets surveillés.....</i>		2 739	2 237	1 701	1 152	770
Chimiothérapie initiale.	La famille ou le sujet lui-même.	N. %	144 8	306 22	210 22	105 23	25 14
	Le médecin de clientèle privée.	N. %	10 0,6	18 1	15 2	8 2	— —
	Les services médicaux de dépistage et de traitement.	N. %	1 664 91	1 078 77	721 76	350 75	158 86
	<i>Total des sujets surveillés.....</i>		1 818	1 402	946	463	183

MALADIES SOCIALES

TABLEAU XIV

Sujets décédés (1) au cours des cinq premières années d'observation.

Numéro de l'observation	Année de dépistage	Age au moment du dépistage	Catégorie	Date du décès	Délai entre dépistage et décès	Cause du décès
<i>Sujets décédés de tuberculose.</i>						
1041	1946	7 mois.	4	4-3-1947	5 mois 1/2.	Miliaire.
1005	1947	2 mois.	2	12-7-1947	5 mois 1/2.	Méningite.
1019	1947	3 mois.	2	12-7-1948	7 mois 1/2.	Méningite et miliaire.
1038	1947	6 mois 1/2.	4	14-5-1947	1 mois.	Méningite.
1850	1948	6 ans.	3	24-9-1949	5 mois.	Méningite.
3715	1954	1 an.	4	7-1954	4 mois 1/2.	Méningite et miliaire (reconnues et traitées très tardivement).
<i>Sujets décédés d'autres causes.</i>						
990	1947	5 mois.	1	19-6-1947	2 mois.	Toxi-infection d'origine otitique.
2215	1947	6 ans 1/2.	3	1951	3 ans.	Noyade accidentelle.
1004	1953	9 ans.	1	18-6-1955	1 an 1/2.	Noyade accidentelle.
3933	1955	8 ans.	1	14-6-1959	4 ans.	Décès brutal à l'école étiqueté « accident cardiaque ».

(1) Les dix sujets décédés appartiennent tous au lot de sujets initialement non traités.

TUBERCULOSE

TABLEAU XV

*Sujets âgés de moins de 5 ans (au moment de l'infection initiale)
présentant une tuberculose primaire cliniquement et radiologiquement latente (catégorie 1)
et n'ayant pas reçu de chimiothérapie initiale.*

*Nombre de sujets suivis et nombre de manifestations tuberculeuses post-primaires
pendant chaque période semestrielle ou annuelle.*

Périodes étudiées		1 ^{er} semestre	2 ^e semestre	1 ^{re} année	2 ^e année	3 ^e année	4 ^e année	5 ^e année	
Nombre de manifestations pathologiques post-primaires.	Nombre de sujets suivis	101	101	101	71	45	26	13	
	Opacités pulmonaires temporaires (troubles de ventilation certains ou probables).	Segmentaires.	—	—	—	—	—	—	—
		Non segment.	—	—	—	—	—	—	—
		<i>Total.</i>	—	—	—	—	—	—	—
	<i>Complications proprement dites :</i>								
	pulmonaires	—	—	—	—	—	—	—	
	dont B. K. +	—	—	—	—	—	—	—	
	pleurales	1	—	1	—	—	—	—	
	miliaires et méningées	—	—	—	—	—	—	—	
	osseuses et ostéo-articulaires	—	—	—	—	—	—	—	
ganglionnaires	—	—	—	—	—	—	—		
dont abcédées	—	—	—	—	—	—	—		
autres localisations	—	—	—	—	—	—	—		
Total des complications	1	—	1 = 1%	—	—	—	—		
dont décès par tuberculose	—	—	—	—	—	—	—		

MALADIES SOCIALES

TABLEAU XVI

*Sujets âgés de 5 à 9 ans (au moment de l'infection initiale)
présentant une tuberculose primaire cliniquement et radiologiquement latente (catégorie 1)
et n'ayant pas reçu de chimiothérapie initiale.*

*Nombre de sujets suivis et nombre de manifestations tuberculeuses post-primaires
pendant chaque période semestrielle ou annuelle.*

Périodes étudiées		1 ^{er} semestre	2 ^e semestre	1 ^{re} année	2 ^e année	3 ^e année	4 ^e année	5 ^e année	
Nombre de manifestations pathologiques post-primaires.	Nombre de sujets suivis	503	503	503	386	282	177	132	
	Opacités pulmonaires temporaires (troubles de ventilation certains ou probables).	Segmentaires.	2	—	2	—	—	—	—
		Non segment.	1	—	1	—	—	—	—
		<i>Total.</i>	3	—	3 = 0,6%	—	—	—	—
	<i>Complications proprement dites :</i>								
	pulmonaires	—	—	—	—	—	—	—	
	dont B. K. +	—	—	—	—	—	—	—	
	pleurales	4	—	4	—	—	—	—	
	miliaires et méningées	—	1	1	—	—	1	—	
	osseuses et ostéo-articulaires	—	1	3	—	—	1 (1)	—	
ganglionnaires	2	1	—	—	—	1	—		
dont abcédées	—	—	2	—	—	—	—		
autres localisations	—	—	—	—	—	—	—		
Total des complications	6	2	8 = 2%	—	—	2	—		
dont décès par tuberculose	—	—	—	—	—	—	—		

(1) Ce sujet avait présenté déjà, la 1^{re} année, une adénopathie tuberculeuse.

TUBERCULOSE

TABLEAU XVII

Total des sujets âgés de moins de 10 ans (au moment de l'infection initiale)
présentant une tuberculose primaire cliniquement et radiologiquement latente (catégorie 1)
et n'ayant pas reçu de chimiothérapie initiale.

Nombre de sujets suivis et nombre de manifestations tuberculeuses post-primaires
pendant chaque période semestrielle ou annuelle.

Périodes étudiées		1 ^{er} semestre	2 ^e semestre	1 ^{re} année	2 ^e année	3 ^e année	4 ^e année	5 ^e année	
Nombre de manifestations pathologiques post-primaires.	Nombre de sujets suivis	604	604	604	457	327	203	145	
	Opacités pulmonaires temporaires (troubles de ventilation certains ou probables).	Segmentaires.	2	—	2				
		Non segment.	1	—	1				
		<i>Total.</i>	3	—	3 = 0,5%				
	<i>Complications proprement dites :</i>								
	pulmonaires	—	—	—	—	—	—	—	
	dont B. K. +	—	—	—	—	—	—	—	
	pleurales	5	—	5	—	—	—	—	
	miliaires et méningées	—	—	—	—	—	1	—	
	osseuses et ostéo-articulaires	—	1	1	—	—	—	—	
	ganglionnaires	2	1	3	—	—	1 (1)	—	
	dont abcédées	—	2	—	2	—	—	—	
autres localisations	—	—	—	—	—	—	1		
Total des complications	7	2	9 = 2%	—	—	—	2		
dont décès par tuberculose	—	—	—	—	—	—	—		

(1) Ce sujet avait présenté déjà, la 1^{re} année, une adénopathie tuberculeuse.

MALADIES SOCIALES

TABLEAU XVIII

Sujets âgés de 10 à 24 ans (au moment de l'infection initiale)
présentant une tuberculose primaire cliniquement et radiologiquement latente (catégorie 1)
et n'ayant pas reçu de chimiothérapie initiale.

Nombre de sujets suivis et nombre de manifestations tuberculeuses post-primaires
pendant chaque période semestrielle ou annuelle.

Périodes étudiées		1 ^{er} semestre	2 ^e semestre	1 ^{re} année	2 ^e année	3 ^e année	4 ^e année	5 ^e année	
Nombre de manifestations pathologiques post-primaires.	Nombre de sujets suivis	547	547	547	425	291	165	101	
	Opacités pulmonaires temporaires (troubles de ventilation certains ou probables).	Segmentaires.	1	1	2				
		Non segment.	—	—	—				
		<i>Total.</i>	1	1	2 = 0,5%				
	<i>Complications proprement dites :</i>								
	pulmonaires	3	2	5	5	3	—	1	
	dont B. K. +	1	—	1	1	—	—	—	
	pleurales	5	2	7	1	—	—	—	
	miliaires et méningées	—	—	—	—	—	—	—	
	osseuses et ostéo-articulaires	—	—	—	—	—	—	—	
	ganglionnaires	2	—	2	1	—	2 (1)	—	
	dont abcédées	—	1	—	1	—	—	—	
autres localisations	—	—	—	—	—	—	—		
Total des complications	10	4	14 = 3%	7	3	—	2		
dont décès par tuberculose	—	—	—	—	—	—	—		

(1) L'un de ces sujets avait déjà présenté, la 1^{re} année, une adénopathie tuberculeuse.

TUBERCULOSE

TABLEAU XIX

Total des sujets âgés de moins de 25 ans (au moment de l'infection initiale) présentant une tuberculose primaire cliniquement et radiologiquement latente (catégorie 1).
Nombre de sujets suivis et nombre de manifestations tuberculeuses post-primaires pendant chaque période semestrielle ou annuelle.

Périodes étudiées.....		1 ^{er} semestre	2 ^e semestre	1 ^{re} année	2 ^e année	3 ^e année	4 ^e année	5 ^e année		
Nombre de sujets suivis.....		1 151	1 151	1 151	882	618	368	246		
Pas de chimiothérapie initiale.	Nombre de manifestations pathologiques post-primaires.	Opacités pulmonaires temporaires (troubles de ventilation certains ou probables). Segmentaires. Non segment. Total	3 1 4	1 — 1	4 1 5 = 0,4%					
			Complications proprement dites :							
			pulmonaires	3	2	5	5	3	—	1
		dont B. K. +	1	—	1	1	—	—	1	
		pleurales	10	2	12	1	—	—	—	
		miliaires et méningées.....	—	—	—	—	—	1	—	
		osseuses et ostéo-articulaires	—	—	—	—	—	—	—	
		ganglionnaires	4	1	5	1	—	—	—	
		dont abcédées	—	3	3	—	—	3 (1)	—	
		autres localisations	—	—	—	—	—	3	—	
Total des complications....		17	6	23 = 2%	7	3	4	1		
dont décès par tuberculose.		—	—	—	—	—	—	—		
Nombre de sujets suivis.....		116	116	116	83	55	25			
Chimiothérapie initiale.	Nombre de manifestations pathologiques post-primaires.	Opacités pulmonaires temporaires (troubles de ventilation certains ou probables). Segmentaires. Non segment. Total	2 — 2	— — —	2 — 2(2) = 2%					
			Complications proprement dites :							
			pulmonaires	—	—	—	—	—	—	—
		dont B. K. +	—	—	—	—	—	—	—	
		pleurales	—	—	—	—	—	—	—	
		miliaires et méningées.....	—	—	—	—	—	—	—	
		osseuses et ostéo-articulaires	—	—	—	—	—	—	—	
		ganglionnaires	—	—	—	—	—	—	—	
		dont abcédées	—	—	—	—	—	—	—	
		autres localisations	—	—	—	—	—	—	—	
Total des complications....		—	—	—	—	—	—	—		
dont décès par tuberculose.		—	—	—	—	—	—	—		

(1) Parmi ces 3 sujets, 2 avaient présenté déjà, la 1^{re} année, une adénopathie tuberculeuse.

(2) L'un appartient au groupe d'âge < 5 ans, l'autre au groupe 5 à 9 ans.

TABLEAU XX

Sujets présentant une tuberculose primaire cliniquement et radiologiquement latente (catégorie 1), n'ayant pas reçu de chimiothérapie initiale.

Pourcentage (1) de sujets atteints de complications tuberculeuses post-primaires dans des délais (2) de 1, 2, 3, 4 et 5 ans après l'infection initiale.

Groupes d'âges (âge au moment de l'infection)	% de sujets compliqués dans les délais suivants				
	1 an	2 ans	3 ans	4 ans	5 ans
Sujets âgés de moins de 5 ans.....	1	1			
Sujets âgés de 5 à 9 ans.....	2	2	2	2	2
Sujets âgés de moins de 10 ans (ensemble des 2 groupes ci-dessus)...	2	2	2	3	3
Sujets âgés de 10 à 24 ans.....	3	5	7	11	12
Total des sujets âgés de moins de 25 ans	2	3	4	6	6

(1) Pourcentage établi en rapportant le nombre de sujets atteints de complications tuberculeuses dans un délai déterminé au nombre de sujets observés durant ce même délai. Un sujet présentant plusieurs complications, concomitantes ou successives, n'est compté qu'une seule fois, lors de sa première complication. Il s'agit des complications proprement dites, à l'exclusion des troubles de ventilation de la 1^{re} année.

(2) Délais calculés à dater du dépistage de la tuberculose primaire.

Nous n'avons indiqué aucun pourcentage dans les cas où le nombre de sujets était trop faible, l'erreur due au hasard étant, alors, trop importante.

TABLEAU XXI

Sujets âgés de moins de 5 ans (au moment de l'infection initiale)
présentant une tuberculose primaire radiologiquement patente (catégorie 2).
Nombre de sujets suivis et nombre de manifestations tuberculeuses post-primaires
pendant chaque période semestrielle ou annuelle.

Périodes étudiées.....		1 ^{er} semes- tre	2 ^e semes- tre	1 ^{re} année	2 ^e année	3 ^e année	4 ^e année	5 ^e année	
Pas de chimiothérapie initiale.	Nombre de sujets suivis.....	115	115	115	95	74	53	31	
	Aggravation temporaire des signes radiologiques.....	3	—	3 = 3%	—	—	—	—	
	Opacités pulmonaires temporaires (troubles de ventilation certains ou probables).	Segmentaires.	5	—	5	—	—	—	—
		Non segment.	1	—	1	—	—	—	—
	Total	6	—	6 = 5%	—	—	—	—	
	Complications proprement dites :								
	pulmonaires	—	—	—	2	—	—	—	—
	dont B. K.+	—	—	—	—	—	—	—	—
	pleurales	1	1	2	—	—	—	—	—
	miliaires et méningées.....	2	2	4	—	—	—	—	—
osseuses et ostéo-articulaires	—	—	—	—	—	—	—	—	
ganglionnaires	—	—	—	—	—	—	—	—	
dont abcédées	—	—	—	—	—	—	—	—	
autres localisations	—	—	—	—	—	—	—	—	
Total des complications....	3	3	6(1)=5% 2	2	—	—	—	—	
dont décès par tuberculose.	1	1	—	—	—	—	—	—	
Nombre de sujets suivis.....	289	289	289	223	144	75	33	—	
Chimiothérapie initiale.	Aggravation temporaire des signes radiologiques.....	24	5	29 = 10%	—	—	—	—	
	Opacités pulmonaires temporaires (troubles de ventilation certains ou probables).	Segmentaires.	14	1	15	—	—	—	—
		Non segment.	3	1	4	—	—	—	—
	Total	17	2	19 = 7%	—	—	—	—	
	Complications proprement dites :								
	pulmonaires	—	—	—	—	—	—	—	—
	dont B. K.+	—	—	—	—	—	—	—	—
	pleurales	—	—	—	—	—	—	—	—
	miliaires et méningées.....	—	—	—	—	—	—	—	—
	osseuses et ostéo-articulaires	—	—	—	—	—	—	—	—
ganglionnaires	—	—	—	—	—	—	—	—	
dont abcédées	—	—	—	—	—	—	—	—	
autres localisations	—	—	—	—	—	—	—	—	
Total des complications....	—	—	—	—	—	—	—	—	
dont décès par tuberculose.	—	—	—	—	—	—	—	—	

(1) 5 sujets se sont compliqués, dont un a présenté 2 complications (miliaire, puis méningite).

TABLEAU XXII

Sujets âgés de moins de 5 ans (au moment de l'infection initiale)
présentant une tuberculose primaire cliniquement et radiologiquement patente (catég. 3 et 4).
Nombre de sujets suivis et nombre de manifestations tuberculeuses post-primaires
pendant chaque période semestrielle ou annuelle.

Périodes étudiées.....		1 ^{er} semes- tre	2 ^e semes- tre	1 ^{re} année	2 ^e année	3 ^e année	4 ^e année	5 ^e année	
Pas de chimiothérapie initiale.	Nombre de sujets suivis.....	98	98	98	85	65	50	40	
	Aggravation temporaire des signes radiologiques.....	3	1	4 = 4%	—	—	—	—	
	Opacités pulmonaires temporaires (troubles de ventilation certains ou probables).	Segmentaires.	5	1	6	—	—	—	—
		Non segment.	—	—	—	—	—	—	—
	Total	5	1	6 = 6%	—	—	—	—	
	Complications proprement dites :								
	pulmonaires	—	—	—	—	—	—	—	—
	dont B. K.+	—	—	—	—	—	—	—	—
	pleurales	3	—	3	—	—	—	—	
	miliaires et méningées.....	6	—	6	—	—	—	—	
osseuses et ostéo-articulaires	—	—	—	—	—	—	—		
ganglionnaires	—	—	—	—	—	—	—		
dont abcédées	—	—	—	—	—	—	—		
autres localisations	—	—	—	—	—	—	—		
Total des complications....	9	—	9(1)=10% 3	—	—	—	—		
dont décès par tuberculose.	3	—	—	—	—	—	—		
Nombre de sujets suivis.....	314	314	314	245	163	92	44		
Chimiothérapie initiale.	Aggravation temporaire des signes radiologiques.....	31	3	34 = 11%	—	—	—	—	
	Opacités pulmonaires temporaires (troubles de ventilation certains ou probables).	Segmentaires.	18	1	19	—	—	—	—
		Non segment.	6	3	9	—	—	—	—
	Total	24	4	28 = 9%	—	—	—	—	
	Complications proprement dites :								
	pulmonaires	1	—	1	1	—	—	—	
	dont B. K.+	—	—	—	—	—	—	—	
	pleurales	2	1	3	—	—	—	—	
	miliaires et méningées.....	—	—	—	—	—	—	—	
	osseuses et ostéo-articulaires	—	—	—	—	—	—	—	
ganglionnaires	—	—	—	—	—	—	—		
dont abcédées	—	—	—	—	—	—	—		
autres localisations	—	—	—	—	—	—	—		
Total des complications....	3	1	4 = 1%	1	—	—	—		
dont décès par tuberculose.	—	—	—	—	—	—	—		

(1) 7 sujets se sont compliqués; deux d'entre eux ont présenté, chacun, 2 complications (miliaire, puis méningite).

TABLEAU XXIII

Sujets âgés de moins de 5 ans (au moment de l'infection initiale)
présentant une tuberculose primaire cliniquement et radiologiquement patente (catég. 2, 3 et 4).
Nombre de sujets suivis et nombre de manifestations tuberculeuses post-primaires
pendant chaque période semestrielle ou annuelle.

Périodes étudiées.....		1 ^{er} semes- tre	2 ^e semes- tre	1 ^{re} année	2 ^e année	3 ^e année	4 ^e année	5 ^e année		
Pas de chimiothérapie initiale.	Nombre de sujets suivis.....	213	213	213	180	139	103	71		
	Aggravation temporaire des signes radiologiques.....			6	1	7 = 3%				
		Opacités pulmonaires temporaires (troubles de ventilation certains ou probables).	Segmentaires.	10	1	11				
			Non segment. Total	1	—	1				
		11	1	12 = 6%						
	Complications proprement dites :									
	pulmonaires		—	—	—	2	—	—	—	
	dont B. K. +		4	1	5	—	—	—	—	
	pleurales		8	2	10	—	—	—	—	
	miliaires et méningées.....		—	—	—	—	—	—	—	
osseuses et ostéo-articu- laires		—	—	—	—	—	—	—		
ganglionnaires		—	—	—	—	—	—	—		
dont abcédées		—	—	—	—	—	—	—		
autres localisations		—	—	—	—	—	—	—		
Total des complications....		12	3	15(1)=7% 5	2	—	—	—		
dont décès par tuberculose.		4	1	—	—	—	—	—		
Chimiothérapie initiale.	Nombre de sujets suivis.....	603	603	603	468	307	167	77		
	Aggravation temporaire des signes radiologiques.....			55	8	63 = 10%				
		Opacités pulmonaires temporaires (troubles de ventilation certains ou probables).	Segmentaires.	32	2	34				
			Non segment. Total	9	4	13				
		41	6	47 = 8%						
	Complications proprement dites :									
	pulmonaires		1	—	1	1	—	—	—	
	dont B. K. +		1	1	3	—	—	—	—	
	pleurales		—	—	—	—	—	—	—	
	miliaires et méningées.....		—	—	—	—	—	—	—	
osseuses et ostéo-articu- laires		—	—	—	—	—	—	—		
ganglionnaires		—	—	—	—	—	—	—		
dont abcédées		—	—	—	—	—	—	—		
autres localisations		—	—	—	—	—	—	—		
Total des complications....		3	1	4 = 1%	1	—	—	—		
dont décès par tuberculose.		—	—	—	—	—	—	—		

(1) 12 sujets se sont compliqués; 3 d'entre eux ont présenté 2 complications (miliaire pulmonaire, puis méningite).

TABLEAU XXIV

Sujets âgés de 5 à 9 ans (au moment de l'infection initiale)
présentant une tuberculose primaire radiologiquement patente (catégorie 2).
Nombre de sujets suivis et nombre de manifestations tuberculeuses post-primaires
pendant chaque période semestrielle ou annuelle.

Périodes étudiées.....		1 ^{er} semes- tre	2 ^e semes- tre	1 ^{re} année	2 ^e année	3 ^e année	4 ^e année	5 ^e année		
Pas de chimiothérapie initiale.	Nombre de sujets suivis.....	527	527	527	444	356	263	174		
	Aggravation temporaire des signes radiologiques.....			9	2	11 = 2 %				
		Opacités pulmonaires temporaires (troubles de ventilation certains ou probables).	Segmentaires.	9	—	9				
			Non segment. Total	8	3	11				
		17	3	20 = 4 %						
	Complications proprement dites :									
	pulmonaires		3	—	3	1	—	—	1	
	dont B. K. +		23	1	24	1	—	—	1	
	pleurales		1	—	1	1	—	—	—	
	miliaires et méningées.....		—	—	—	—	—	—	—	
osseuses et ostéo-articu- laires		—	1	1	—	—	1	—		
ganglionnaires		—	1	1	2	—	—	—		
dont abcédées		—	—	—	1	—	—	—		
autres localisations		—	—	—	—	—	—	—		
Total des complications....		27	3	30 = 6 %	4	—	1	1		
dont décès par tuberculose.		—	—	—	—	—	—	—		
Chimiothérapie initiale.	Nombre de sujets suivis.....	394	394	394	296	191	90	29		
	Aggravation temporaire des signes radiologiques.....			3	3	6 = 2 %				
		Opacités pulmonaires temporaires (troubles de ventilation certains ou probables).	Segmentaires.	5	1	6				
			Non segment. Total	2	—	2				
		7	1	8 = 2 %						
	Complications proprement dites :									
	pulmonaires		—	—	—	—	1	—	—	
	dont B. K. +		1	—	1	—	—	—	—	
	pleurales		—	—	—	—	—	—	—	
	miliaires et méningées.....		—	—	—	—	—	—	—	
osseuses et ostéo-articu- laires		—	—	—	—	—	—	—		
ganglionnaires		—	—	—	—	—	—	—		
dont abcédées		—	—	—	—	1	—	—		
autres localisations		—	—	—	—	—	—	—		
Total des complications....		1	—	1 = 0,3 %	—	2	—	—		
dont décès par tuberculose.		—	—	—	—	—	—	—		

TABLEAU XXV

Sujets âgés de 5 à 9 ans (au moment de l'infection initiale)
présentant une tuberculose primaire cliniquement et radiologiquement patente (catég. 3 et 4).
Nombre de sujets suivis et nombre de manifestations tuberculeuses post-primaires
pendant chaque période semestrielle ou annuelle.

		Périodes étudiées.....									
		1 ^{er} semes- tre	2 ^e semes- tre	1 ^{re} année	2 ^e année	3 ^e année	4 ^e année	5 ^e année			
Pas de chimiothérapie initiale.	Nombre de sujets suivis.....		382	382	382	338	269	195	121		
	Nombre de manifestations pathologiques post-primaires.	Aggravation temporaire des signes radiologiques.....	5	2	7 = 2%						
		Opacités pulmonaires temporaires (troubles de ventilation certains ou probables).	Segmentaires.	9	2	11					
			Non segment.	8	—	8					
		Total	17	2	19 = 5%						
	Complications proprement dites :										
		pulmonaires	—	—	—	3	—	—	—	—	
		dont B. K. +	—	—	—	1	—	—	—	—	
		pleurales	16	2	18	2	—	—	—	—	
		miliaires et méningées.....	1	—	1	—	—	—	—	—	
	osseuses et ostéo-articulaires	—	—	—	—	—	—	—	—		
	ganglionnaires	—	—	—	—	1	—	—	—		
	dont abcédées	—	—	—	—	1	—	—	—		
	autres localisations	—	—	—	—	—	—	—	—		
	Total des complications.....	17	2	19 = 5%	5	1	—	—	—		
	dont décès par tuberculose.	1	—	1	—	—	—	—	—		
Chimiothérapie initiale.	Nombre de sujets suivis.....		414	414	414	322	229	101	50		
	Nombre de manifestations pathologiques post-primaires.	Aggravation temporaire des signes radiologiques.....	19	5	24 = 6%						
		Opacités pulmonaires temporaires (troubles de ventilation certains ou probables).	Segmentaires.	13	2	15					
			Non segment.	1	—	1					
		Total	14	2	16 = 4%						
	Complications proprement dites :										
		pulmonaires	2	—	2	—	1	—	—	—	
		dont B. K. +	—	—	—	—	1	—	—	—	
		pleurales	4	2	6	—	—	—	—	—	
		miliaires et méningées.....	—	—	—	—	—	—	—	—	
	osseuses et ostéo-articulaires	—	—	—	—	—	—	—	—		
	ganglionnaires	1	1	2	—	1	—	—	—		
	dont abcédées	—	—	—	—	—	—	—	—		
	autres localisations	1	1	1 (épidurite tub.)	—	—	—	—	—		
	Total des complications.....	8	3	11(1)=3%	—	2 (1)	—	—	—		
	dont décès par tuberculose.	—	—	—	—	—	—	—	—		

(1) 10 sujets se sont compliqués, dont un a présenté 2 complications (pleurésie, puis réaction péricardique).

(2) 1 sujet s'est compliqué, mais a présenté 2 complications (tuberculose pulmonaire et abcès froid sus-sternal).

TABLEAU XXVI

Sujets âgés de 5 à 9 ans (au moment de l'infection initiale)
présentant une tuberculose primaire cliniquement et radiologiquement patente (catég. 2, 3 et 4).
Nombre de sujets suivis et nombre de manifestations tuberculeuses post-primaires
pendant chaque période semestrielle ou annuelle.

		Périodes étudiées.....									
		1 ^{er} semes- tre	2 ^e semes- tre	1 ^{re} année	2 ^e année	3 ^e année	4 ^e année	5 ^e année			
Pas de chimiothérapie initiale.	Nombre de sujets suivis.....		909	909	909	782	625	458	293		
	Nombre de manifestations pathologiques post-primaires.	Aggravation temporaire des signes radiologiques.....	14	4	18 = 2%						
		Opacités pulmonaires temporaires (troubles de ventilation certains ou probables).	Segmentaires.	18	2	20					
			Non segment.	16	3	19					
		Total	34	5	39 = 4%						
	Complications proprement dites :										
		pulmonaires	3	—	3	4	—	—	1	1	
		dont B. K. +	1	—	1	1	—	—	—	—	
		pleurales	39	3	42	2	—	—	—	—	
		miliaires et méningées.....	2	—	2	1	—	—	—	—	
	osseuses et ostéo-articulaires	—	—	—	—	—	—	—	—		
	ganglionnaires	—	1	1	—	—	1	—	—		
	dont abcédées	—	—	—	—	—	—	—	—		
	autres localisations	—	1	1	1	1	—	—	—		
	Total des complications.....	44	5	49 = 5%	9	1	1	1	1		
	dont décès par tuberculose.	1	—	1	—	—	—	—	—		
Chimiothérapie initiale.	Nombre de sujets suivis.....		808	808	808	618	420	191	79		
	Nombre de manifestations pathologiques post-primaires.	Aggravation temporaire des signes radiologiques.....	22	8	30 = 4%						
		Opacités pulmonaires temporaires (troubles de ventilation certains ou probables).	Segmentaires.	18	3	21					
			Non segment.	3	—	3					
		Total	21	3	24 = 3%						
	Complications proprement dites :										
		pulmonaires	2	—	2	—	2	—	—	—	
		dont B. K. +	—	—	—	—	—	—	1	—	
		pleurales	5	2	7	—	—	—	—	—	
		miliaires et méningées.....	—	—	—	—	—	—	—	—	
	osseuses et ostéo-articulaires	—	—	—	—	—	—	—	—		
	ganglionnaires	1	1	2	—	2	—	—	—		
	dont abcédées	—	—	—	—	—	—	2	—		
	autres localisations	1	—	1 (épidurite tub.)	—	—	—	—	—		
	Total des complications.....	9	3	12(1)=1%	—	4 (2)	—	—	—		
	dont décès par tuberculose.	—	—	—	—	—	—	—	—		

(1) 11 sujets se sont compliqués; l'un d'eux a présenté 2 complications successives (réaction pleurale, puis péricardique).

(2) 3 sujets se sont compliqués; l'un d'eux a présenté 2 complications (tuberculose pulmonaire et abcès froid sus-sternal).

TABLEAU XXVII

Total des sujets âgés de moins de 10 ans (au moment de l'infection initiale) présentant une tuberculose primaire radiologiquement patente (catégorie 2).
Nombre de sujets suivis et nombre de manifestations tuberculeuses post-primaires pendant chaque période semestrielle ou annuelle.

Périodes étudiées.....		1 ^{er} semestre	2 ^e semestre	1 ^{re} année	2 ^e année	3 ^e année	4 ^e année	5 ^e année		
Pas de chimiothérapie initiale.	Nombre de sujets suivis.....	642	642	642	539	430	316	205		
	Aggravation temporaire des signes radiologiques.....	Opacités pulmonaires temporaires (troubles de ventilation certains ou probables).		12	2	14 = 2%				
		Segmentaires.	Opacités pulmonaires temporaires (troubles de ventilation certains ou probables).	14	—	14				
			Non segment.	9	3	12				
	Total		23	3	26 = 4%					
	Complications proprement dites :	pulmonaires		3	—	3	3	—	1	
		dont B. K. +		1	—	1	—	—	—	1
		pleurales		24	2	26	—	—	—	—
		miliaires et méningées.....		3	2	5	1	—	—	—
		osseuses et ostéo-articulaires		—	1	1	—	—	1	—
ganglionnaires		—	1	1	2	—	—	—		
dont abcédées		—	1	1	1	—	—	—		
autres localisations		—	—	—	—	—	—	—		
Total des complications.....		30	6	36(1)=6%	6	—	1	1		
dont décès par tuberculose.		1	1	2	—	—	—	—		
Chimiothérapie initiale.	Nombre de sujets suivis.....	683	683	683	519	335	165	62		
	Aggravation temporaire des signes radiologiques.....	Opacités pulmonaires temporaires (troubles de ventilation certains ou probables).		27	8	35 = 5%				
		Segmentaires.	Opacités pulmonaires temporaires (troubles de ventilation certains ou probables).	19	2	21				
			Non segment.	5	1	6				
	Total		24	3	27 = 4%					
	Complications proprement dites :	pulmonaires		—	—	—	—	1	—	
		dont B. K. +		1	—	1	—	—	—	—
		pleurales		—	—	—	—	—	—	—
		miliaires et méningées.....		—	—	—	—	—	—	—
		osseuses et ostéo-articulaires		—	—	—	—	1	—	—
ganglionnaires		—	—	—	—	—	—	—		
dont abcédées		—	—	—	—	1	—	—		
autres localisations		—	—	—	—	—	—	—		
Total des complications.....		1	—	1 = 0,1%	—	2	—	—		
dont décès par tuberculose.		—	—	—	—	—	—	—		

(1) 35 sujets se sont compliqués, dont un a présenté 2 complications (miliaire, puis méningite).

TABLEAU XXVIII

Total des sujets âgés de moins de 10 ans (au moment de l'infection initiale) présentant une tuberculose primaire cliniquement et radiologiquement patente (catég. 3 et 4).
Nombre de sujets suivis et nombre de manifestations tuberculeuses post-primaires pendant chaque période semestrielle ou annuelle.

Périodes étudiées.....		1 ^{er} semestre	2 ^e semestre	1 ^{re} année	2 ^e année	3 ^e année	4 ^e année	5 ^e année		
Pas de chimiothérapie initiale.	Nombre de sujets suivis.....	480	480	480	423	334	245	161		
	Aggravation temporaire des signes radiologiques.....	Opacités pulmonaires temporaires (troubles de ventilation certains ou probables).		8	3	11 = 2%				
		Segmentaires.	Opacités pulmonaires temporaires (troubles de ventilation certains ou probables).	14	3	17				
			Non segment.	8	—	8				
	Total		22	3	25 = 5%					
	Complications proprement dites :	pulmonaires		—	—	—	3	—	—	
		dont B. K. +		19	2	21	2	1	—	—
		pleurales		7	—	7	—	—	—	—
		miliaires et méningées.....		—	—	—	—	—	—	—
		osseuses et ostéo-articulaires		—	—	—	—	—	—	—
ganglionnaires		—	—	—	—	1	—	—		
dont abcédées		—	—	—	—	(1)	—	—		
autres localisations		—	—	—	—	—	—	—		
Total des complications.....		26	2	28(1)=6%	5	1	—	—		
dont décès par tuberculose.		4	—	4	—	—	—	—		
Chimiothérapie initiale.	Nombre de sujets suivis.....	728	728	728	567	392	193	94		
	Aggravation temporaire des signes radiologiques.....	Opacités pulmonaires temporaires (troubles de ventilation certains ou probables).		50	8	58 = 8%				
		Segmentaires.	Opacités pulmonaires temporaires (troubles de ventilation certains ou probables).	31	3	34				
			Non segment.	7	3	10				
	Total		38	6	44 = 6%					
	Complications proprement dites :	pulmonaires		3	—	3	1	1	—	
		dont B. K. +		6	3	9	—	1	—	
		pleurales		—	—	—	—	—	—	
		miliaires et méningées.....		—	—	—	—	—	—	
		osseuses et ostéo-articulaires		—	—	—	—	—	—	
ganglionnaires		1	1	2	—	1	—			
dont abcédées		1	—	1	—	1	—			
autres localisations		1	—	1(épid. tub.)	—	—	—			
Total des complications.....		11	4	15(2)=2%	1	2(3)	—			
dont décès par tuberculose.		—	—	—	—	—	—			

(1) 26 sujets se sont compliqués, dont deux ont présenté, chacun, 2 complications (miliaire, puis méningite).

(2) 14 sujets se sont compliqués, dont un a présenté 2 complications (pleurésie, puis réaction péricardique).

(3) Un seul sujet s'est compliqué, mais a présenté 2 complications (tuberculose pulmonaire et abcès froid sus-sternal).

TABLEAU XXIX

Total des sujets âgés de moins de 10 ans (au moment de l'infection initiale) présentant une tuberculose primaire cliniquement et radiologiquement patente (catég. 2, 3 et 4).
Nombre de sujets suivis et nombre de manifestations tuberculeuses post-primaires pendant chaque période semestrielle ou annuelle.

Périodes étudiées		1 ^{er} semes- tre	2 ^e semes- tre	1 ^{re} année	2 ^e année	3 ^e année	4 ^e année	5 ^e année		
Pas de chimiothérapie initiale.	Nombre de sujets suivis.....	1 122	1 122	1 122	962	764	561	366		
	Aggravation temporaire des signes radiologiques.....	Opacités pulmonaires temporaires (troubles de ventilation certains ou probables).								
		Segmentaires.	28	3	31					
		Non segment.	17	3	20					
		Total	45	6	51 = 5%					
	Complications proprement dites :	pulmonaires		3	—	3	6	—	1	
		dont B. K.+		1	—	1	1	—	1	
		pleurales		43	4	47	2	—	—	—
		miliaires et méningées....		10	2	12	1	—	—	—
		osseuses et ostéo-articu- laires		—	1	1	—	—	—	—
ganglionnaires		—	1	1	2	1	1	—		
dont abcédées		—	—	1	1	1	—	—		
autres localisations		—	—	—	—	—	—	—		
Total des complications....		56	8	64(1)=6% 6	11	1	1	1		
dont décès par tuberculose.		5	1	6	—	—	—	—		
Chimiothérapie initiale.	Nombre de sujets suivis.....	1 411	1 411	1 411	1 086	727	358	156		
	Aggravation temporaire des signes radiologiques.....	Opacités pulmonaires temporaires (troubles de ventilation certains ou probables).								
		Segmentaires.	50	5	55					
		Non segment.	12	4	16					
		Total	62	9	71 = 5%					
	Complications proprement dites :	pulmonaires		3	—	3	1	2	—	
		dont B. K.+		7	3	10	—	1	—	
		pleurales		—	—	—	—	—	—	
		miliaires et méningées....		—	—	—	—	—	—	
		osseuses et ostéo-articu- laires		—	—	—	—	—	—	
ganglionnaires		1	1	2	—	2	—			
dont abcédées		—	—	1	—	2	—			
autres localisations		1	—	1(épid. tub.)	—	—	—			
Total des complications....		12	4	16(2)=1%	1	4(3)	—			
dont décès par tuberculose.		—	—	—	—	—	—			

(1) 61 sujets se sont compliqués dont 3 ont présenté, chacun, 2 complications (miliaire, puis méningite).

(2) 15 sujets se sont compliqués, dont 1 a présenté 2 complications (réaction pleurale, puis péricardique).

(3) 3 sujets se sont compliqués, dont 1 a présenté 2 complications (tuberculose pulmonaire et abcès froid sus-sternal).

TABLEAU XXX

Sujets âgés de 10 à 24 ans (au moment de l'infection initiale) présentant une tuberculose primaire radiologiquement patente (catégorie 2).
Nombre de sujets suivis et nombre de manifestations tuberculeuses post-primaires pendant chaque période semestrielle ou annuelle.

Périodes étudiées.....		1 ^{er} semes- tre	2 ^e semes- tre	1 ^{re} année	2 ^e année	3 ^e année	4 ^e année	5 ^e année	
Pas de chimiothérapie initiale.	Nombre de sujets suivis.....	240	240	240	205	162	110	73	
	Aggravation temporaire des signes radiologiques.....	Opacités pulmonaires temporaires (troubles de ventilation certains ou probables).							
		Segmentaires.	2	—	2				
		Non segment.	2	—	2				
		Total	4	—	4 = 2%				
	Complications proprement dites :	pulmonaires		—	1	1	—	—	1
		dont B. K.+		—	—	—	—	—	1
		pleurales		10	3	13	—	—	—
		miliaires et méningées....		—	1	1	—	—	—
		osseuses et ostéo-articu- laires		—	—	—	—	—	1
ganglionnaires		1	1	2	1	—	—		
dont abcédées		—	—	1	1	—	—		
autres localisations		—	—	—	—	—	—		
Total des complications....		11	6	17 = 8%	1	—	2		
dont décès par tuberculose.		—	—	—	—	—	—		
Chimiothérapie initiale.	Nombre de sujets suivis.....	127	127	127	97	66	29	8	
	Aggravation temporaire des signes radiologiques.....	Opacités pulmonaires temporaires (troubles de ventilation certains ou probables).							
		Segmentaires.	2	—	2				
		Non segment.	1	—	1				
		Total	3	—	3 = 2%				
	Complications proprement dites :	pulmonaires		—	1	1	—	—	—
		dont B. K.+		—	—	—	—	—	—
		pleurales		—	—	—	—	—	—
		miliaires et méningées....		—	—	—	—	—	—
		osseuses et ostéo-articu- laires		—	—	—	—	—	—
ganglionnaires		—	—	—	—	—	—		
dont abcédées		—	—	—	—	—	—		
autres localisations		—	—	—	—	—	—		
Total des complications....		—	—	1 = 1%	—	—	—		
dont décès par tuberculose.		—	—	—	—	—	—		

(1) Ce malade avait déjà présenté, la 1^{re} année, une complication (pleurésie).

TABLEAU XXXI

Sujets âgés de 10 à 24 ans (au moment de l'infection initiale)
présentant une tuberculose primaire cliniquement et radiologiquement patente (catég. 3 et 4).
Nombre de sujets suivis et nombre de manifestations tuberculeuses post-primaires
pendant chaque période semestrielle ou annuelle.

Périodes étudiées.....		1 ^{er} semes- tre	2 ^e semes- tre	1 ^{re} année	2 ^e année	3 ^e année	4 ^e année	5 ^e année	
Pas de chimiothérapie initiale.	Nombre de sujets suivis.....	226	226	226	194	164	120	92	
	Aggravation temporaire des signes radiologiques.....	2	—	2 = 1%					
	Opacités pulmonaires temporaires (troubles de ventilation certains ou probables).	Segmentaires.	3	—	3				
		Non segment.	3	—	3				
		Total	6	—	6 = 3%				
	Complications proprement dites :								
	pulmonaires	—	3	3	4	4	2	3	
	dont B. K.+		3	3		2	2	1	
	pleurales	8	3	11	1	—	—	—	
	miliaires et méningées.....	—	—	—	—	—	—	—	
osseuses et ostéo-articulaires	—	—	—	—	—	—	—		
ganglionnaires	—	1	1	—	—	—	—		
dont abcédées	—	—	—	—	—	—	—		
autres localisations	—	—	—	1 (an- nex. tub.)	—	—	—		
Total des complications....	8	7	15(1)=7%	6	4(2)	2	3		
dont décès par tuberculose.	—	—	—	—	—	—	—		
Chimiothérapie initiale.	Nombre de sujets suivis.....	164	164	164	136	98	51	16	
	Aggravation temporaire des signes radiologiques.....	2	—	2 = 1%					
	Opacités pulmonaires temporaires (troubles de ventilation certains ou probables).	Segmentaires.	2	2	4				
		Non segment.	3	—	3				
		Total	5	2	7 = 4%				
	Complications proprement dites :								
	pulmonaires	—	—	—	—	—	—	—	
	dont B. K.+	2	—	2	—	—	—	—	
	pleurales	—	—	—	—	—	—	—	
	miliaires et méningées.....	—	—	—	—	—	—	—	
osseuses et ostéo-articulaires	—	—	—	1	—	—	—		
ganglionnaires	—	1	1	—	—	—	—		
dont abcédées	—	1	1	—	—	—	—		
autres localisations	—	—	—	—	—	—	—		
Total des complications....	2	1	3 = 2%	1	—	—	—		
dont décès par tuberculose.	—	—	—	—	—	—	—		

(1) 13 sujets se sont compliqués, dont deux ont présenté, chacun, 2 complications (pleurésie et tuberculose pulmonaire).

(2) 4 sujets se sont compliqués; l'un d'eux avait déjà présenté une complication (pleurésie la 1^{re} année, tuberculose pulmonaire la 3^e année).

TABLEAU XXXII

Sujets âgés de 10 à 24 ans (au moment de l'infection initiale)
présentant une tuberculose primaire cliniquement et radiologiquement patente (catég. 2, 3 et 4).
Nombre de sujets suivis et nombre de manifestations tuberculeuses post-primaires
pendant chaque période semestrielle ou annuelle.

Périodes étudiées.....		1 ^{er} semes- tre	2 ^e semes- tre	1 ^{re} année	2 ^e année	3 ^e année	4 ^e année	5 ^e année	
Pas de chimiothérapie initiale.	Nombre de sujets suivis.....	466	466	466	399	326	230	165	
	Aggravation temporaire des signes radiologiques.....	2	—	2 = 0,4%					
	Opacités pulmonaires temporaires (troubles de ventilation certains ou probables).	Segmentaires.	5	—	5				
		Non segment.	5	—	5				
		Total	10	—	10 = 2%				
	Complications proprement dites :								
	pulmonaires	—	4	4	4	4	3	4	
	dont B. K.+		3	3	3	2	3	2	
	pleurales	18	6	24	1	—	—	—	
	miliaires et méningées.....	—	1	1	—	—	—	—	
osseuses et ostéo-articulaires	—	—	—	1	—	1	—		
ganglionnaires	1	2	3	1	—	—	—		
dont abcédées	—	1	—	1	—	—	—		
autres localisations	—	—	—	1 (an- nex. tub.)	—	—	—		
Total des complications....	19	13	32(1)=7%	1	4(2)	4	4(3)		
dont décès par tuberculose.	—	—	—	—	—	—	—		
Chimiothérapie initiale.	Nombre de sujets suivis.....	291	291	291	233	164	80	24	
	Aggravation temporaire des signes radiologiques.....	6	1	7 = 2%					
	Opacités pulmonaires temporaires (troubles de ventilation certains ou probables).	Segmentaires.	4	2	6				
		Non segment.	4	—	4				
		Total	8	2	10 = 3%				
	Complications proprement dites :								
	pulmonaires	—	1	1	—	—	—	—	
	dont B. K.+	2	—	2	—	—	—	—	
	pleurales	—	—	—	—	—	—	—	
	miliaires et méningées.....	—	—	—	—	—	—	—	
osseuses et ostéo-articulaires	—	—	—	1	—	—	—		
ganglionnaires	—	1	1	—	—	—	—		
dont abcédées	—	—	—	—	—	—	—		
autres localisations	—	—	—	—	—	—	—		
Total des complications....	2	2	4 = 1%	1	—	—	—		
dont décès par tuberculose.	—	—	—	—	—	—	—		

(1) 30 sujets se sont compliqués; 2 d'entre eux ont présenté, chacun, 2 complications concomitantes ou successives (pleurésie et tuberculose pulmonaire).

(2) 4 sujets se sont compliqués; l'un d'eux avait déjà présenté, auparavant, une complication (pleurésie, puis tuberculose pulmonaire).

(3) 4 sujets se sont compliqués; l'un d'eux avait déjà présenté, auparavant, une complication (pleurésie, puis tuberculose pulmonaire).

TABLEAU XXXIII

Sujets présentant une tuberculose primaire cliniquement ou radiologiquement patente (catégories 2, 3, 4).

Pourcentage (1) de sujets atteints de complications tuberculeuses post-primaires dans des délais (2) de 1, 2, 3, 4 et 5 ans après l'infection initiale.

Catégorie	Traitement initial	% de sujets compliqués dans les délais suivants					% de sujets compliqués dans les délais suivants				
		1 an	2 ans	3 ans	4 ans	5 ans	1 an	2 ans	3 ans	4 ans	5 ans
2	Pas de chimiothérapie.....	4	5	7			6	7	8	8	8
	Chimiothérapie	0	0	0			0,3	0,3	2	2	
3 et 4	Pas de chimiothérapie.....	7	7				5	7	8	9	9
	Chimiothérapie	1	2	2	2		2	3	3	4	
2, 3 et 4	Pas de chimiothérapie.....	6	6	8	9		5	7	8	9	9
	Chimiothérapie	1	1	1	1		1	2	2	2	
2	Pas de chimiothérapie.....	6	7	8	8	8	7	8	8	10	
	Chimiothérapie	0,1	0,2	1	1		1	1			
3 et 4	Pas de chimiothérapie.....	6	7	8	10	10	6	10	12	16	21
	Chimiothérapie	2	3	3	3	3	2	2	3		
2, 3 et 4	Pas de chimiothérapie.....	5	7	8	9	9	6	9	10	13	17
	Chimiothérapie	1	1	2	2	2	1	2	2	2	

(1) Pourcentage établi en rapportant le nombre de sujets atteints de complications tuberculeuses dans un délai déterminé, au nombre de sujets observés durant ce même délai. Un sujet présentant plusieurs complications, concomitantes ou successives, n'est compté qu'une seule fois, lors de la première complication. Il s'agit des complications tuberculeuses proprement dites, à l'exclusion des aggravations temporaires et des troubles de ventilation de la première année.

(2) Délais calculés à dater du début de la chimiothérapie ou, pour les sujets qui n'ont pas reçu de chimiothérapie initiale, à dater du début du séjour en établissement de soins.

Nous n'avons indiqué aucun pourcentage dans les cas où le nombre de sujets observés était trop faible (inférieur à 80).

TABLEAU XXXIV

Sujets présentant une tuberculose primaire radiologiquement patente (catégories 2 et 4).

Evolution pendant la 1^{re} année en fonction de l'aspect des signes radiologiques initiaux.

	Manifestations tuberculeuses post-primaires observées pendant la 1 ^{re} année	Images initiales ganglionnaires simples		Images initiales ganglio-pulmonaires		Images initiales ganglionnaires simples		Images initiales ganglio-pulmonaires	
		Nb.	%	Nb.	%	Nb.	%	Nb.	%
Pas de chimiothérapie initiale.	Nombre de sujets suivis	809		202		317		89	
	Aggravation des signes radiologiques....	12	1	13	6	—	—	2	2
	Opacités pulmonaires temporaires (segmentaires ou non segmentaires)	44	5	4	2	7	2	1	1
	Complications pulmonaires et pleurales..	36		14		14		11	
	Autres complications	12		2		2		2	
	Total des complications	48	6	16	8	16	5	13	15
Chimiothérapie initiale.	Nombre de sujets suivis	811		561		172		109	
	Aggravation des signes radiologiques....	22	3	71	12	1	1	6	6
	Opacités pulmonaires temporaires (segmentaires ou non segmentaires)	57	7	14	2	7	4	3	3
	Complications pulmonaires et pleurales..	8		5		2		1	
	Autres complications	2		—		—		—	
	Total des complications	10	1	5	1	2	1	1	1

TABLEAU XXXV

*Sujets présentant une tuberculose primaire radiologiquement patente (catégories 2 et 4).
Evolution pendant la 1^{re} année
en fonction de l'importance des signes radiologiques initiaux.*

	Manifestations tuberculeuses post-primaires observées pendant la 1 ^{re} année	Signes radiologiques initiaux				Signes radiologiques initiaux			
		Discrets		Modérés et importants		Discrets		Modérés et importants	
		<i>Sujets âgés de moins de 10 ans.</i>				<i>Sujets âgés de 10 à 24 ans.</i>			
Pas de chimiothérapie initiale.	Nombre de sujets suivis	427		584		186		220	
		Nb.	%	Nb.	%	Nb.	%	Nb.	%
	Aggravation des signes radiologiques....	5	1	21	4	1	0,5	1	0,4
	Opacités pulmonaires temporaires (segmentaires ou non segmentaires)	5	1	43	7	1	0,5	7	3
	Complications pulmonaires et pleurales..	7		40		5		20	
	Autres complications	—		17		1		3	
Total des complications	7	2	57	9	6	3	23	10	
Chimiothérapie initiale.	Nombre de sujets suivis	303		1 069		50		231	
		Nb.	%	Nb.	%	Nb.	%	Nb.	%
	Aggravation des signes radiologiques....	9	3	84	8	1	2	6	3
	Opacités pulmonaires temporaires (segmentaires ou non segmentaires)	13	4	58	5	—		10	4
	Complications pulmonaires et pleurales..	3		10		—		3	
	Autres complications	2		—		—		—	
Total des complications	5	2	10	1	—		3	1	

ANNEXE C

TABLEAUX ANALYTIQUES
DES COMPLICATIONS TUBERCULEUSES
POST-PRIMAIRES *

OBSERVÉES AU COURS DE L'ENQUÊTE
CHEZ DES SUJETS
INITIALEMENT TRAITÉS OU NON TRAITÉS

* Ne sont pas mentionnés ici les troubles de ventilation qui ne sont pas comptés, rappelons-le, dans les complications proprement dites.

Nous n'avons pas cru utile d'analyser, parmi les complications, les cas (fort nombreux) de pleurésies.

SUJETS PRÉSENTANT UNE TUBERCULOSE PRIMAIRE LATENTE

Complications

Bilans effectués à la fin de l'année 1958

N° de l'observation. Sexe. Age au moment de l'infection	Délai entre le dernier test — et le premier test +	Délai entre dépistage et	Durée de la	Cure de repos		Date d'apparition (1)	Schémas
<i>Sujets âgés de 5 à 9 ans</i>							
N° 3545 F. 8 ans.	10 mois.	3 mois.	Prévent. 5 mois 1/2.			4 ^e année.	Méningite
N° 2918 M. 6 ans.	2 mois.		Simple surveillance.			Fin du 2 ^e sem.	Adénopathie volumineuse.
N° 7909 F. 8 ans.	6 mois.		Simple surveillance.			Fin du 1 ^{er} sem.	Fistulisation sous-maxillaire
N° 6957 M. 9 ans.	4 mois.		Simple surveillance.			1 ^{er} sem.	Fistulisation sous-maxillaire
N° 2603 F. 5 ans.	5 mois.	1 mois.	Prévent.			Début du 2 ^e sem.	Ostéite du genou.

- (1) Au cours des mois ou des années suivant le dépistage de la tuberculose primaire.
 (2) H = B. K. recherchés par homogénéisation.
 C = B. K. recherchés par culture.

ET N'AYANT PAS REÇU DE CHIMIOTHÉRAPIE INITIALE

post-primaires.

ou au début de l'année 1959

Complications			Dernières nouvelles (bilan et date)	Durée d'observa- tion	Délai écoulé depuis le dépistage
Description	B. K. (2)	Traitement			
<i>au moment de l'infection initiale.</i>					
tuberculeuse.		Hôpital. Sanatorium. Strepto.	1957 I. T. N.	9 ans.	10 ans.
sous-maxillaire	?	Simple surveillance.	1958 Bon état général. Placement familial.	3 ans.	3 ans.
d'une adénopathie précoce.	?	Préventorium 8 mois. I. N. H. } 10 mois. P. A. S. }	1958 I. T. N.	2 ans.	2 ans.
d'une adénopathie précoce.	Non recher- chés.	Préventorium 10 mois. I. N. H. } 2 m. 1/2. P. A. S. } Apparition d'un ictère d'où arrêt.	1958 Nouvelle suppuration des ganglions cervi- caux (B. K.—). Reçoit à nouveau de l'I. N. H. pendant 4 mois.	4 ans.	4 ans.
para-articulaire	H—	Transfert en sanatorium (séjour 3 ans). Ponctions. Immobilisation. Puis ostéotomie correctrice.	1959 I. T. N. Récupération totale des mouvements articu- laires. Activité normale.	11 ans.	11 ans.

SUJETS PRÉSENTANT UNE TUBERCULOSE PRIMAIRE LATENTE

Complications

Bilans effectués à la fin de l'année 1958

N° de l'observation. Sexe. Age au moment de l'infection	Délai entre le dernier test - et le premier test +	Délai entre dépistage et		Durée de la	Date d'apparition	Schémas
		Cure de repos				
<i>Sujets âgés de 10 à 24 ans</i>						
N° 843 M. 11 ans.	4 mois.	Simple surveillance.		1 ^{er} sem.		
N° 4066 F. 12 ans.	5 mois.	Simple surveillance.		2 ^e année (18 mois).		
N° 3546 F. 13 ans.	6 mois.	4 mois.	Prévent. 3 mois.	Fin de la 5 ^e année.		
N° 2060 F. 19 ans.	1 mois.	1 mois.	Cure libre 2 mois.	1 ^{er} sem.		
N° 4632 M. 19 ans.	1 an.	Simple surveillance.		2 ^e année.		

ET N'AYANT PAS REÇU DE CHIMIOTHÉRAPIE INITIALE
post-primaires.
ou au début de l'année 1959

Complications			Dernières nouvelles (bilan et date)	Durée d'observation	Délai écoulé depuis le dépistage
Description	B. K.	Traitement			
<i>au moment de l'infection initiale.</i>					
Opacité hilare droite avec image dense à grand axe vertical dans le tiers moyen du poumon droit.	H - C -	Prévent. } Hôpital } 1 an 1/2, Sana } puis I. N. H. } 8 mois. P. A. S. }	1958 Opacité nodulaire dense, d'aspect cicatriciel, dans le tiers moyen du poumon droit. Activité normale (école d'apprentissage).	5 ans.	5 ans.
Image cavitare para-cardiaque gauche au sein d'opacités nodulaires floues.	H +	Hôpital } 14 mois. Sana } P. A. S. : 2 mois. I. N. H. : 14 mois. Strepto. : 10 mois.	1958 Opacités nodulaires denses, d'aspect cicatriciel, para-cardiaques gauches.	3 ans.	3 ans.
Opacités nodulaires floues dans le tiers moyen des deux champs pulmonaires, avec image cavitare para-hilare droite.	H +	Sanatorium. P. A. S. : 5 mois. I. N. H. : 1 an. Strepto. : 1 mois. Pneumo-péritoine.	1958 I. T. N. Activité normale.	10 ans.	10 ans.
Opacité arrondie sous-claviculaire externe droite, peu étendue.	H -	Repos à domicile pendant quelques mois. P. A. S. } 4 mois. I. N. H. }	1958 Minime opacité nodulaire sous-claviculaire droite. Activité normale (sténodactylo).	3 ans.	3 ans.
Opacités denses arrondies sous-claviculaires bilatérales à prédominance gauche.	H -	Cure simple.	1959 Persistance d'opacités denses bilatérales, d'aspect cicatriciel. Activité normale.	7 ans.	7 ans.

SUJETS PRÉSENTANT UNE TUBERCULOSE PRIMAIRE LATENTE

Complications

Bilans effectués à la fin de l'année 1958

N° de l'observation. Sexe. Age au moment de l'infection	Délai entre le dernier test - et le premier test +	Délai entre dépiage et	Durée de la Cure de repos	Date d'apparition	Schémas
<i>Sujets âgés de 10 à 24 ans</i>					
N° 5817 M. 20 ans.	8 mois.	Simple surveillance.	1 ^{er} sem.		
N° 5902 M. 20 ans.	13 mois.	Simple surveillance.	2 ^e année.		
N° 4305 F. 21 ans.	1 an.	Simple surveillance.	Fin de la 1 ^{re} année.		
N° 4627 M. 21 ans.	15 mois.	Simple surveillance.	Fin de la 1 ^{re} année.		
N° 5900 M. 21 ans.	10 mois.	Simple surveillance.	2 ^e année.		

ET N'AYANT PAS REÇU DE CHIMIOTHÉRAPIE INITIALE

post-primaires.

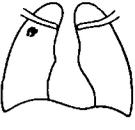
ou au début de l'année 1959

Complications			Dernières nouvelles (bilan et date)	Durée d'obser- vation	Délai écoulé depuis le dépiage
Description	B. K.	Traitement			
<i>au moment de l'infection initiale.</i>					
Volumineuses images cavitaires au sein d'opacités assez denses, non homogènes dans le tiers moyen du poumon gauche.	H+	Sanatorium. P.A.S. } I.N.H. } 10 mois. Strepto. } Pneumothorax.	1958 Deux petits nodules denses au sommet droit. Un petit nodule dense sous-claviculaire gauche. Activité normale (chirurgien-dentiste).	5 ans.	5 ans.
Opacité arrondie peu étendue, sous-claviculaire externe droite.	H-	Cure simple.	1956 I. T. N. Activité normale.	5 ans.	7 ans.
Opacités micro-nodulaires apicales droites et opacités nodulaires floues sous-claviculaires droites.	?	Simple surveillance.	1958 Persistance de discrètes opacités nodulaires denses apicales droites. Activité normale (étudiante).	6 ans.	6 ans.
Opacité arrondie peu étendue, sous-claviculaire gauche.	?	Pneumothorax intra-pleural 2 ans.	1959 I. T. S. N.	7 ans.	7 ans.
Opacité floue arrondie sous-claviculaire externe droite.	H-	Simple surveillance.	1959 I. T. N. Accomplit son service militaire.	7 ans.	7 ans.

SUJETS PRÉSENTANT UNE TUBERCULOSE PRIMAIRE LATENTE

Complications

Bilans effectués à la fin de l'année 1958

N° de l'observation. Sexe. Age au moment de l'infection	Délai entre le dernier test - et le premier test +	Délai entre dépistage et	Durée de la			Complications			Dernières nouvelles (bilan et date)	Durée d'observa- tion	Délai écoulé depuis le dépistage
				Date d'apparition	Schémas	Description	B. K.	Traitement			
<i>Sujets âgés de 10 à 24 ans</i>											
N° 4311 F. 22 ans.	1 an.	Simple surveillance.	3 ^e année.		Petites images cavitaires apicales et sous-clavicu- laires droites.	C-	Sanatorium 11 mois. P. A. S. } 10 mois. I. N. H. }	1959 Persistance d'une opa- cité nodulaire d'aspect cicatriciel. Encore en post-cure.	4 ans.	4 ans.	
N° 5815 M. 22 ans.	10 mois.	Simple surveillance.	3 ^e année.		Opacités nodu- laires bi-apicales avec petite image cavaire apicale droite.	H- C-	Simple surveillance.	1958 (9 ^e année) Rechute: infiltrat som- met droit traité I. N. H., P. A. S., Strepto, pen- dant 2 mois. 1959 Bon état général. Activité normale (méde- cin).	10 ans.	10 ans.	
N° 4769 M. 23 ans.	11 mois.	Simple surveillance.	2 ^e année.		Opacités nodu- laires fines api- cales gauches, avec images floues, non homo- gènes sous-clavi- culaires gauches.	H-	Sanatorium 8 mois. P. A. S. } 9 mois. I. N. H. }	1959 I. T. S. N. Activité normale (phar- macien).	7 ans.	7 ans.	
N° 4645 F. 24 ans.	10 mois.	Simple surveillance.	2 ^e année.		Opacité floue arrondie sous-cla- viculaire droite.	?	Repos 3 mois. I. N. H. 9 mois. Strepto. 3 mois.	1959 Bon état général. Activité normale (den- tiste).	7 ans.	7 ans.	
N° 7709 F. 10 ans.	3 mois.	Simple surveillance.	2 ^e année.	Discrète opacité Volumineuse sous-maxillaire.	hilaire droite. adénopathie	?	Préventorium 8 mois. I. N. H. } 9 mois. P. A. S. }	1958 I. T. S. N. Depuis la préparation de cette publication, nous avons appris la fistulisation de l'adé- nopathie (1959) et son assèchement (1960) après nouvelle cure d'I. N. H.	2 ans.	2 ans.	

ET N'AYANT PAS REÇU DE CHIMIOTHÉRAPIE INITIALE

post-primaires.

ou au début de l'année 1959

SUJETS PRÉSENTANT UNE TUBERCULOSE PRIMAIRE LATENTE

Complications

Bilans effectués à la fin de l'année 1958

N° de l'observation. Sexe. Age au moment de l'infection	Délai entre le dernier test - et le premier test +	Délai entre dépistage et	Durée de la	Date d'apparition	Schémas
		Cure de repos			
<i>Sujets âgés de 10 à 24 ans</i>					
N° 2981 M. 10 ans.	6 mois.	Repos à domicile.		1 ^{er} sem.	Fistulisation adénopathie
N° 1757 M. 13 ans.	3 mois.	Simple surveillance.		1 ^{er} sem.	Adénopathie
N° 3925 F. 16 ans.	8 mois.	Simple surveillance.		Fin de la 4 ^e année.	Fistulisation adénopathie

ET N'AYANT PAS REÇU DE CHIMIOTHÉRAPIE INITIALE

post-primaires.

ou au début de l'année 1959

Complications			Dernières nouvelles (bilan et date)	Durée d'observation	Délai écoulé depuis le dépistage
Description	B. K.	Traitement			
<i>au moment de l'infection initiale.</i>					
d'une cervicale précoce.	C-	Préventorium 9 mois. I. N. H. } 9 mois. P. A. S. } Adénectomie.	1959 I. T. N. Aspect normal de la cicatrice d'adénectomie. Activité normale (apprenti ajusteur).	4 ans.	4 ans.
cervicale.	C-	Ponctions. I. N. H. P. A. S.	1958 soit 4 ans plus tard. Fistulisation de l'adénite. 1959 I. T. N. Cicatrisation de l'adénite. Activité normale (tourneur).	5 ans.	5 ans.
d'une cervicale.	?	Cure libre. I. N. H. P. A. S. Strepto.	1959 I. T. N. Guérison de l'adénite. Activité normale (vendeuse).	4 ans 1/2	4 ans 1/2

SUJETS PRÉSENTANT UNE TUBERCULOSE PRIMAIRE PATENTE

Complications

Bilans effectués à la fin de l'année 1958

N° de l'observation. Sexe. Age au moment du dépistage	Délai entre			Catégorie	Importance des		Signes radiologiques			Prescriptions thérapeutiques initiales
	Dernier test - et premier test +	Signes cliniques et dépistage	Dépistage et début du traitement		Signes cliniques (2)	Signes radiologiques (2)	Schémas	Description	B. K. (3)	
<i>Sujets âgés de moins de 5 ans</i>										
N° 664 F. 3 m.	1 m.	Quelques jours.	2	++		Deux opacités nodulaires péri-hilaires droites	Non recherchés.	Simple surveillance.		
N° 3758 F. 3 ans.	1 m.	3 semaines	2	++		Augmentation des ombres hilaires et opacité nodulaire dense du 1/3 moyen du poumon gauche.	Non recherchés. (C- 3 m. plus tard.)	Préventorium 15 mois.		
N° 2384 M. 4 ans.	15 jours	3 m.	2	+++		Opacité hilare gauche importante.	H- C-	Préventorium 10 mois		
N° 1041 M. 9 m.	1 ^{er} test (nourison).	Quelques jours.	4	++	+++		Opacités hilaires et para-hilaires droites importantes.	Non recherchés.	Simple surveillance.	
N° 2761 M. 4 ans.	6 m.	15 jours.	1 m.	4	+	+++		Opacités péri-hilaires importantes, à prédominance droite.	H- C-	Préventorium.

(1) Au cours des mois ou des années suivant le dépistage de la tuberculose primaire.
 (2) + = Signes cliniques ou signes radiologiques discrets.
 ++ = Signes cliniques ou signes radiologiques modérés.
 +++ = Signes cliniques ou signes radiologiques importants.

ET N'AYANT PAS REÇU DE CHIMIOTHÉRAPIE INITIALE

post-primaires.

ou au début de l'année 1959.

Complications					Dernières nouvelles (bilan et date)	Durée de l'observation	Délai depuis le dépistage
Date de l'apparition (1)	Schémas	Description	B. K. (3)	Traitement			
<i>au moment de l'infection initiale.</i>							
1 ^{er} semestre.		Opacités macronodulaires diffuses.	H+	Hôpital. P.A.S. Strepto.	1954 Opacité dense d'aspect cicatriciel sous-claviculaire externe gauche.	4 ans.	8 ans.
2 ^e année.		Opacités floues et nodulaires du 1/3 moyen du poumon gauche.	C-	Préventorium 9 mois.	1958 I.T.N.	4 ans.	4 ans.
Fin de la 2 ^e année.		Réapparition d'une importante opacité hilare gauche, avec image nodulaire assez dense sous-hilaire gauche.	H-	Préventorium 11 mois. P.A.S. } 7 m. 1/2 I.N.H. }	1954 I.T.S.N.	3 ans.	7 ans.
1 ^{er} semestre.		Persistance de l'opacité hilare droite et images micronodulaires disséminées.	Non recherchés.	Hôpital.	1946 Décès deux mois après le début de la complication.	5 m.	-
1 ^{er} semestre.		Epanchement pleural droit important et augmentation de l'opacité péri-hilaire gauche.	C+	Pas de modification de la cure initiale. Au total préventorium 2 ans. P.A.S. 15 mois.	1958 I.T.N.	8 ans.	8 ans.

(3) H = B. K. recherchés par homogénéisation.
 C = B. K. recherchés par culture.
 I = B. K. recherchés par inoculation à l'animal.
 L. C. R. = Liquide céphalo-rachidien.

SUJETS PRÉSENTANT UNE TUBERCULOSE PRIMAIRE PATENTE

Complications

Bilans effectués à la fin de l'année 1958

N° de l'observation. Sexe. Age au moment du dépistage	Délai entre			Catégorie	Importance des		Signes radiologiques			Prescriptions thérapeutiques initiales
	Dernier test - et premier test +	Signes cliniques et dépistage	Dépistage et début du traitement		Signes cliniques	Signes radiologiques	Schémas	Description	B. K.	
<i>Sujets âgés de moins de 5 ans</i>										
N° 1 019 M. 5 m.	3 semaines.	Quelques jours.	2	++	++		Opacité para-hilaire droite avec discrètes images micronodulaires sous-jacentes.	H-	Hôpital.	
N° 1 696 F. 1 an.	1 ^{er} test. 1 m.	Quelques jours.	4	++	++		Opacité péri-hilaire droite de moyenne importance.	Non recherchés.	Hôpital.	
N° 3 715 F. 1 an.	1 m. 3 semaines.	-	4	++	++		Opacité hilare droite de moyenne importance.	Non recherchés.	Simple surveillance.	
N° 1 005 F. 3 m.	15 jours.	Quelques jours.	2	++	++		Opacité paratrachéale droite de moyenne importance.	Non recherchés.	Hôpital.	
N° 1 038 M. 6 m.	1 ^{er} test (nourrisson). 15 jours.	Quelques jours.	4	+++ E. N.	++		Opacité hilare droite.	H-	Hôpital jusqu'au décès.	

ET N'AYANT PAS REÇU DE CHIMIOTHÉRAPIE INITIALE

post-primaires.

ou au début de l'année 1959.

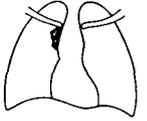
Date de l'apparition	Complications				Dernières nouvelles (bilan et date)	Durée de l'observation	Délai depuis le dépistage
	Schémas	Description	B. K.	Traitement			
<i>au moment de l'infection initiale.</i>							
2 ^e semestre.		Méningite tuberculeuse avec dissémination des opacités micronodulaires à gauche et accentuation des images pulmonaires droites.	L.C.R. H+	Hôpital.	1948 Décès 15 jours plus tard (méningite et miliaire confirmées par autopsie).	8 mois.	-
1 ^{er} semestre.		Opacités micronodulaires disséminées dans les deux champs pulmonaires, puis méningite tuberculeuse.	?	Traité à l'hôpital puis au sanatorium. Strepto. 1 an.	1958 I. T. N.	9 ans.	9 ans.
1 ^{er} semestre.		Méningite tuberculeuse et opacités micronodulaires disséminées dans les deux champs pulmonaires.		Hôpital. I. N. H. Strepto.	1954 Décès un mois plus tard (traitement des complications trop tardif).	3 mois.	-
1 ^{er} semestre.		Méningite tuberculeuse précédée d'une aggravation des signes radiologiques et opacité systématisée excavée.	Tubage H+ et L.C.R. H+	Hôpital.	1947 Décès 10 jours après le début de la méningite.	6 mois.	-
Début du 1 ^{er} semestre		Méningite tuberculeuse.		Hôpital.	1947 Décès au bout de quelques jours par méningite tuberculeuse.	1 mois.	-

SUJETS PRÉSENTANT UNE TUBERCULOSE PRIMAIRE PATENTE

Complications

Bilans effectués à la fin de l'année 1958

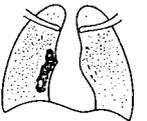
Sujets âgés de 5 à 9 ans

No de l'observation. Sexe. Âge au moment du dépistage	Délai entre			Catégorie	Importance des		Signes radiologiques			Prescriptions thérapeutiques initiales
	Dernier test - et premier test +	Signes cliniques et dépistage	Dépistage et début du traitement		Signes cliniques	Signes radiologiques	Schémas	Description	B. K.	
No 2333 F. 5 ans.	5 m.		Quelques jours.	2		+		Opacité hilare gauche peu importante.	Non recherchés.	Cure libre puis Préventorium 5 mois.
No 134 F. 6 ans.	4 m.		3 m.	2		++		Opacités macronodulaires péri-hilaires bilatérales, de moyenne importance.	H- C-	Préventorium.
No 2985 M. 6 ans.	6 m.		1 m. 1/2	2		+++		Opacité hilare et para-cardiaque droite importante.	H- C-	Préventorium.
No 1303 F. 8 ans.	1 an.		-	2		++		Opacités hilaires et péri-hilaires bilatérales, de moyenne importance.	Non recherchés.	Simple surveillance.
No 2388 M. 8 ans.	6 m.		2 m.	2		++		Opacité para-trachéale droite assez importante.	H- C-	Préventorium 8 mois.

ET N'AYANT PAS REÇU DE CHIMIOTHÉRAPIE INITIALE

post-primaires.

ou au début de l'année 1959.

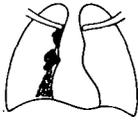
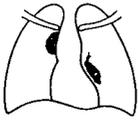
Date de l'apparition	Complications			Dernières nouvelles (bilan et date)	Durée de l'observation	Délai depuis le dépistage
	Schémas	Description	B. K.			
2 ^e année.		Opacités nodulaires floues dans le 1/3 moyen du champ pulmonaire gauche.	H-	Préventorium 1 an 1/2. P. A. S. 15 mois.	1959 I. T. N. Activité normale (vendeuse).	10 ans. 10 ans.
Fin du 1 ^{er} semestre.		Opacité floue, sous-claviculaire externe gauche peu étendue, avec image nodulaire dans le 1/3 moyen du poumon gauche.	Recherches 3 mois plus tard. C-	Préventorium 9 mois. I.N.H. et P.A.S. un an plus tard (persistance des images).	1958 Petites calcifications parenchymateuses gauches (une au tiers moyen et une sous-claviculaire gauche). Opacités nodulaires denses d'aspect cicatriciel.	5 ans. 5 ans.
Fin du 1 ^{er} semestre.		Opacités micronodulaires disséminées dans les deux champs pulmonaires et persistance de l'image initiale.	C+	Pas de modification de la cure initiale. Au total : prévent. 15 m. I. N. H. 7 mois P. A. S. 5 mois Strepto 2 mois.	1957 I. T. N.	2 ans. 3 ans.
Fin du 1 ^{er} semestre.		Opacités nodulaires sous-claviculaires bilatérales peu étendues.	C-	Préventorium 5 mois. I.N.H } 5 mois P.A.S. } en prévent Continuation de l'I.N.H. à domicile.	1959 Opacités denses sous-claviculaires droites d'aspect cicatriciel.	5 ans. 5 ans.
2 ^e année.		Opacités micronodulaires disséminées dans les deux champs pulmonaires.		Hôpital, sanatorium (au total 1 an 1/2). P.A.S. Strepto.	1954 Bon état général.	6 ans. 12 ans.

au moment de l'infection initiale.

SUJETS PRÉSENTANT UNE TUBERCULOSE PRIMAIRE PATENTE

Complications

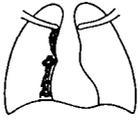
Bilans effectués à la fin de l'année 1958

N° de l'observation. Sexe. Age au moment du dépistage	Délai entre			Catégorie	Importance des		Signes radiologiques			Prescriptions thérapeutiques initiales
	Dernier test — et premier test +	Signes cliniques et dépistage	Dépistage et début du traitement		Signes cliniques	Signes radiologiques	Schémas	Description	B. K.	
<i>Sujets âgés de 5 à 9 ans</i>										
N° 2575 F. 8 ans.	6 m.	Quelques jours.	2	2	+		Opacité hilaire droite peu importante.	H— C—	Cure libre 2 m. puis prévent. 11 mois.	
N° 3543 M. 9 ans.	5 m.	2 m.	2	2	+++		A droite : opacité péri-hilaire et para-trachéale assez importante et image systématisée para-cardiaque droite.	H— C—	Préventorium.	
N° 3451 F. 5 ans.	6 m.	Quelques jours.	2 m. 1/2	4	+	+++		Opacités hilaires bilatérales et para-hilaires droites importantes.	?	Préventorium.
N° 342 M. 9 ans.	4 m.	15 jours.	1 m. 1/2	4	+	+		Opacités arrondies sus-hilaires droites et hilaires gauches.	H—	Préventorium.
N° 2572 F. 9 ans.	3 m.	15 jours.	3 m.	4	+	+++		Volumineuse opacité arrondie sous-hilaire gauche.	H— C—	Préventorium.

ET N'AYANT PAS REÇU DE CHIMIOTHÉRAPIE INITIALE

post-primaires.

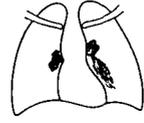
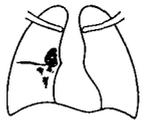
ou au début de l'année 1959.

Date de l'apparition	Complications			Dernières nouvelles (bilan et date)	Durée de l'observation	Délai depuis le dépistage	
	Schémas	Description	B. K.				Traitement
Début 5 ^e année.		Opacités floues sous-claviculaires droites et gauches.	C+	Sanatorium 10 mois. P. A. S. } 1 an. I. N. H. }	1959 Bon état général.	11 ans.	11 ans.
Fin du 1 ^{er} semestre.		Persistance des images initiales Hémoptysie avec bacilloscopie positive.	H+	Transfert du préventorium à l'hôpital, puis en sanatorium (au total 1 an 1/2). P. A. S. Strepto.	1958 I. T. N. Activité normale (industrie).	10 ans.	10 ans.
2 ^e année.		Persistance des images initiales avec opacité floue para-hilaire gauche.	C+	Pas de modification de la cure initiale. Au total : prévent. 2 ans 1/2. P. A. S. } 1 an. I. N. H. }	1958 Séquelles hilaires droites.	5 ans.	5 ans.
2 ^e année.		Opacité arrondie, systématisée, péri-hilaire gauche, peu étendue.	H—	Pas de modification de la cure initiale. Au total : prévent. 2 ans. I. N. H. 7 mois, P. A. S. 7 mois.	1959 Séquelles hilaires droites.	5 ans.	5 ans.
Début 2 ^e année.		Image initiale en régression et opacité homogène, systématisée, assez importante dans la base gauche.	C+	Pas de modification de la cure initiale. Au total : prévent. 2 ans. P. A. S. 16 mois.	1954 I. T. N.	4 ans.	8 ans.

SUJETS PRÉSENTANT UNE TUBERCULOSE PRIMAIRE PATENTE

Complications

Bilans effectués à la fin de l'année 1958

N° de l'observation. Sexe. Age au moment du dépistage	Délai entre			Catégorie	Importance des		Signes radiologiques			Prescriptions thérapeutiques initiales
	Dernier test - et premier test +	Signes cliniques et dépistage	Dépistage et début du traitement		Signes cliniques	Signes radiologiques	Schémas	Description	B. K.	
<i>Sujets âgés de 5 à 9 ans</i>										
N° 400 M. 5 ans.	5 m.		2 m.	2	+++		Opacité hilaire gauche importante avec discrètes opacités intercléido-hilaires gauches.	H-	Préventorium	
N° 3421 M. 5 ans.	4 m.		3 m.	2	++		Opacité sus-hilaire droite assez importante.	H- C-	Préventorium	
N° 4356 M. 8 ans.	6 m.		1 m.	2	++		Opacités hilaires bilatérales et sous-hilaires gauches.	H- C-	Préventorium	
N° 158 M. 8 ans.	5 m.		3 m.	2	+++		Opacités péri-hilaires droites importantes avec ligne scissurale droite.	H-	Préventorium	
N° 2623 F. 6 ans.	4 m.	15 jours.	Quelques jours.	4	++	+++		Opacité hilaire droite, à contours arrondis, importante. Ligne scissurale.	H- C-	Préventorium 3 mois 1/2 puis Hôpital.

ET N'AYANT PAS REÇU DE CHIMIOTHÉRAPIE INITIALE

post-primaires.

ou au début de l'année 1959.

Date de l'apparition	Schémas	Description	B. K.	Traitement	Dernières nouvelles (bilan et date)	Durée de l'observation	Délai depuis le dépistage
<i>au moment de l'infection initiale.</i>							
Début 1 ^{er} semestre.		Opacité pleurale gauche peu importante avec image non systématisée à contours flous dans la moitié inférieure du poumon gauche.	H- C-	Préventorium (au total 13 m.) I. N. H. } 6 m. P. A. S. }	1959 I. T. S. N.	5 ans.	5 ans.
Début 1 ^{er} semestre.		Opacité pleurale droite importante + image systématisée apicale interne droite.	Non recherchés.	Préventorium (au total 2 ans.) I. N. H. } 1 an. P. A. S. }	1955 I. T. S. N.	2 ans.	5 ans.
Fin du 1 ^{er} semestre.		Opacité pleurale de la base droite avec image floue para-hilaire gauche.	H+	Préventorium (au total 18 m.) I. N. H. } 8 m. P. A. S. } Strepto. 5 sem.	1958 Discrète séquelle pleurale droite.	3 ans.	3 ans.
Début 1 ^{er} semestre.		Opacité pleurale de la base droite, puis opacité paratrachéale droite assez importante.	Non recherchés.	Préventorium (au total 16 m.)	1957 Bon état général.	6 ans.	6 ans.
1 ^{er} semestre.		Opacité pleurale de la base droite, puis opacité nodulaire dense sous-claviculaire droite et image systématisée paratrachéale droite importante.	H- C-	Pas de modification de la cure initiale. Au total : prévent. 21 m. I. N. H. } 17 m. P. A. S. }	1960 I. T. N. Activité normale.	4 ans.	6 ans.

SUJETS PRÉSENTANT UNE TUBERCULOSE PRIMAIRE PATENTE

Complications

Bilans effectués à la fin de l'année 1958

N° de l'observation. Sexe. Age au moment du dépistage	Délai entre			Catégorie	Importance des		Signes radiologiques			Prescriptions thérapeutiques initiales
	Dernier test — et premier test +	Signes cliniques et dépistage	Dépistage et début du traitement		Signes cliniques	Signes radiologiques	Schémas	Description	B. K.	
<i>Sujets âgés de 5 à 9 ans</i>										
N° 1 700 F. 7 ans.	3 m.	Quelques jours.	Quelques jours.	4	+++	++		Opacités arrondies hilaires et sus-hilaires droites. Très discrètes opacités pleurales basales et scissurales droites.	H— C—	Hôpital. 2 mois.
N° 1 850 F. 6 ans.	3 m.	Quelques jours.	Quelques jours.	4	+++	++		Opacités hilaires et sus-hilaires droites de moyenne importance.	H—	Hôpital 2 mois puis préventorium jusqu'au décès.
N° 2 992 M. 5 ans.	3 m.		1 m.	2		+		Discrète opacité triangulaire sus-diaphragmatique droite.	C—	Cure libre.
N° 1 289 M. 8 ans.	1 an.		1 m.	2		++		Opacités hilaires et para-trachéales bilatérales de moyenne importance.	C—	Préventorium 18 mois.
N° 169 F. 9 ans.	5 m.		2 m.	2		+		Discrètes opacités hilaires bilatérales.	H— C—	Préventorium 6 mois.

ET N'AYANT PAS REÇU DE CHIMIOTHÉRAPIE INITIALE

post-primaires.

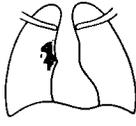
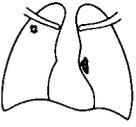
ou au début de l'année 1959.

Date de l'apparition	Complications			Dernières nouvelles (bilan et date)	Durée de l'observation	Délai depuis le dépistage
	Schémas	Description	B. K.			
<i>au moment de l'infection initiale.</i>						
Fin du 1 ^{er} semestre.		Opacité pleurale droite importante et image latéro-trachéale droite, puis image triangulaire dans le 1/3 moyen du poumon droit.	H—	Strepto. 7 mois.	1951 Opacités nodulaires denses sous-claviculaires droites.	2 ans. 10 ans.
Fin du 1 ^{er} semestre.		Méningite tuberculeuse.		Hôpital.	1949 Décès au bout de quelques jours par méningite tuberculeuse.	6 m. —
2 ^e année.		Adénopathies cervicales et sous-maxillaires.	Non recherchés.	Préventorium 5 mois. Cure simple.	1958 I. T. N. Guérison des adénites.	3 ans. 3 ans.
2 ^e année.		Fistulisation d'une adénopathie cervicale.	H+	Préventorium héliomarine 10 mois. I. N. H. local Strepto. } 3 sem.	1958 I. T. N. Guérison de l'adénite.	4 ans. 4 ans.
2 ^e semestre.		Fistulisation d'une volumineuse adénopathie cervicale.	H+	Injections locales d'I. N. H. I. N. H. } 1 an. P. A. S. }	1957 Excellent état général. Cicatrice minime.	5 ans. 4 ans.

SUJETS PRÉSENTANT UNE TUBERCULOSE PRIMAIRE PATENTE

Complications

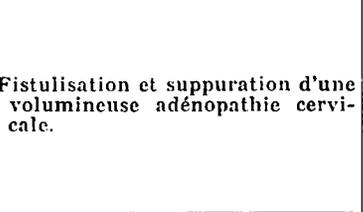
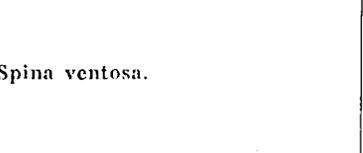
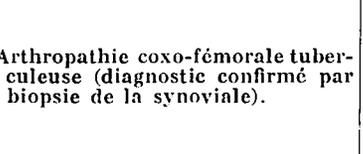
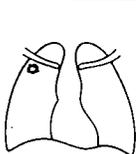
Bilans effectués à la fin de l'année 1958

N° de l'observation. Sexe. Age au moment du dépistage	Délai entre			Catégorie	Importance des		Signes radiologiques			Prescriptions thérapeutiques initiales
	Dernier test - et premier test +	Signes cliniques et dépistage	Dépistage et début du traitement		Signes cliniques	Signes radiologiques	Schémas	Description	B. K.	
<i>Sujets âgés de 5 à 9 ans</i>										
N° 5 822 M. 8 ans.	7 m.	1 m.	4 m.	4	++	+		Accentuation des ombres hilaires et sous-hilaires bilatérales.	Non recherchés.	Préventorium 6 mois.
N° 4 062 F. 6 ans.	7 m.		4 m.	2		++		Opacités parahilaires droites.	H- C-	Préventorium.
N° 702 M. 6 ans.	4 m.		1 m. 1/2.	2		+++		Opacité parahilaire droite assez importante.	H- C-	Préventorium 21 mois.
<i>Sujets âgés de 10 à 24 ans</i>										
N° 2 788 M. 12 ans.	4 m.		2 m.	2		+++		Opacité hilaire droite importante.	H- C-	Préventorium 17 mois.
N° 5 814 M. 20 ans.	3 m.			2		+		Discrète opacité hilaire gauche et sous-claviculaire droite.	Non recherchés.	Simple surveillance.

ET N'AYANT PAS REÇU DE CHIMIOTHÉRAPIE INITIALE

post-primaires.

ou au début de l'année 1959.

Date de l'apparition	Complications				Dernières nouvelles (bilan et date)	Durée de l'observation	Délai depuis le dépistage
	Schémas	Description	B. K.	Traitement			
<i>au moment de l'infection initiale.</i>							
3 ^e année.		Fistulisation et suppuration d'une volumineuse adénopathie cervicale.	Biopsie +	Préventorium hélio-marin 8 mois. Cortisone. I. N. H.	1959 I. T. S. N. (calcifications). Fistule ganglionnaire fermée mais persistance d'une induration sous-jacente.	4 ans.	4 ans.
2 ^e semestre.		Spina ventosa.		Préventorium (au total 14 m.). I. N. H. } 6 m. P. A. S. }	1958 I. T. N. Pas d'autres manifestations tuberculeuses.	3 ans.	3 ans.
4 ^e année.		Arthropathie coxo-fémorale tuberculeuse (diagnostic confirmé par biopsie de la synoviale).	Biopsie +	Immobilisation plâtrée. Antibacillaires.	1958 I. T. N. Récupération presque normale de la mobilité de la hanche.	4 ans.	4 ans.
<i>au moment de l'infection initiale.</i>							
Fin de la 5 ^e année.		Opacités macronodulaires non homogènes sus-et rétro-claviculaires gauches avec séquelle pleurale basale droite.	H+	Sanatorium. Antibacillaires. Exérèse apicodorsale du lobe supérieur gauche.	1959 Discretes séquelles hilaires et pleurales. Activité normale (livreur en scooter).	11 ans.	11 ans.
4 ^e année.		Opacité floue arrondie excavée, sous-claviculaire droite.	H+	Sanatorium 8 mois. I. N. H. } 1 an. P. A. S. } Strepto. 3 m.	1959 I. T. N.	7 ans.	7 ans.

SUJETS PRÉSENTANT UNE TUBERCULOSE PRIMAIRE PATENTE

Complications

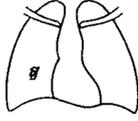
Bilans effectués à la fin de l'année 1958

N° de l'observation. Sexe. Age au moment du dépistage	Délai entre			Catégorie	Importance des		Signes radiologiques			Prescriptions thérapeutiques initiales
	Dernier test - et premier test +	Signes cliniques et dépistage	Dépistage et début du traitement		Signes cliniques	Signes radiologiques	Schémas	Description	B. K.	
<i>Sujets âgés de 10 à 24 ans</i>										
N° 5 588 M. 22 ans	1 an.			2	++			Opacité floue axillaire gauche.	Non recherchés.	Simple surveillance.
N° 7 109 F. 18 ans	4 m.	2 m.		3	++			I. T. N.	Non recherchés.	Simple surveillance.
N° 2 694 F. 10 ans	5 m.	15 jours.	2 m.	4	++	+++		Opacité hilare et sous-hilaire droite importante.	H- C-	Préventorium 7 mois.
N° 2 553 M. 11 ans	4 m.	15 jours.	Quelques jours.	4	+	++		Opacité hilare gauche assez importante.	H- C-	Préventorium 14 mois.
N° 2 690 F. 12 ans	3 m.	15 jours.	3 m.	4	+	+++		Opacités bilatérales à prédominance droite.	H- C-	Préventorium 7 mois.

ET N'AYANT PAS REÇU DE CHIMIOTHÉRAPIE INITIALE

post-primaires.

ou au début de l'année 1959.

Date de l'apparition	Complications				Dernières nouvelles (bilan et date)	Durée de l'observation	Délai depuis le dépistage
	Schémas	Description	B. K.	Traitement			
Fin du 2 ^e semestre.		Persistance de l'image initiale et opacités floues nodulaires et micronodulaires axillaires droites.	C-	Sanatorium 14 mois. I. N. H. } 9 m. P. A. S. } Exérèse gauche.	1958 I. T. N. Activité normale (professeur).	3 ans et demi.	3 ans et demi.
Début du 2 ^e semestre.		Opacités arrondies excavées sous-claviculaires externes gauches et opacité pleurale de la base droite.	C+	Sanatorium. 1 an 1/2. I. N. H. } 1 an 1/2. P. A. S. } Strepto. 5 mois, puis cyclosérine.	1959 Exérèse envisagée car persistance d'une opacité sous-claviculaire gauche. Activité normale (sténo-dactylographe).	2 ans.	2 ans.
3 ^e année.		Opacité assez dense dans la moitié inférieure du champ pulmonaire droit et séquelles pleurales droites (pleurésie au 1 ^{er} semestre).	C+	Sanatorium 2 ans 1/2.	1953 I. T. N.	6 ans.	10 ans.
3 ^e année.		Opacité floue parahilaire droite peu étendue.	C-	Préventorium 1 an. Cure simple.	1958 I. T. S. N. Activité normale (service militaire).	9 ans.	9 ans.
5 ^e année.		Opacités nodulaires denses dans les deux sommets.	H-	Hôpital } 6 m. Sana. } I. N. H. } au moins 6 mois. P. A. S. } Strepto. 3 mois.	1958 Persistance des opacités nodulaires des sommets. Activité normale (brodeuse).	10 ans.	10 ans.

Sujets présentant une tuberculose primaire patente

Complications

Bilans effectués à la fin de l'année 1958

N° de l'observation. Sexe. Age au moment du dépistage	Délai entre			Catégorie	Importance des		Signes radiologiques			Prescriptions thérapeutiques initiales
	Dernier test - et premier test +	Signes cliniques et dépistage	Dépistage et début de traitement		Signes cliniques	Signes radiologiques	Schémas	Description	B. K.	
<i>Sujets âgés de 10 à 24 ans</i>										
N° 1 236 F. 13 ans.	1 an.	1 m.	3 m.	4	++	++		Opacités arrondies homogènes hilaires et parahilaires droites.	H-	Préventorium 4 mois.
N° 1 237 F. 14 ans.	2 m.	Quelques jours.	Quelques jours.	4	+++ E. N.	+		Augmentation des ombres hilaires droites avec ligne scissurale droite.	Non recherchés.	Hôpital. et préventorium 5 mois.
N° 2 962 F. 14 ans.	3 m.	Quelques jours.	Quelques jours.	4	+	++		Augmentation des ombres hilaires droites avec opacité nodulaire parahilaire droite.	Non recherchés.	Repos à domicile 1 an.
N° 2 953 F. 15 ans.	1 m.	Quelques jours.	1 m.	4	++	++		Opacités sus et parahilaires droites assez importantes.	Non recherchés.	Repos à domicile 4 mois puis en préventorium 6 mois.
N° 2 982 F. 16 ans.	3 m.	15 jours.	Quelques jours.	4	+	++		Opacité homogène, assez étendue, à contours flous, para-cardiaque gauche.	Non recherchés.	Hôpital. et préventorium 9 mois.

ET N'AYANT PAS REÇU DE CHIMIOTHÉRAPIE INITIALE

post-primaires.

ou au début de l'année 1959.

Date de l'apparition	Complications				Dernières nouvelles (bilan et date)	Durée de l'observation	Délai depuis le dépistage
	Schémas	Description	B. K.	Traitement			
Fin de la 2 ^e année.		Opacité arrondie axillaire droite.	H+	Pneumothorax intra-pleural.	1955 Nette amélioration sous collapsothérapie médicale.	5 ans.	8 ans.
4 ^e année.		Image d'excavation au sein d'une opacité floue apicale gauche.	C+	Sanatorium 1 an. I. N. H. } P. A. S. } 5 m.	1959 I. T. N. Activité normale (dactylographe).	8 ans.	8 ans.
Fin de la 5 ^e année.		Opacités nodulaires apicales et sous-claviculaires externes droites.	H- C-	Sanatorium. I. N. H. 21 m. P. A. S. 6 m. Strepto. 10 m.	1959 Opacités nodulaires apicales droites. Pas de bacille. Activité normale.	8 ans.	8 ans.
4 ^e année.		Image cavitaire au sein d'opacités nodulaires floues dans le tiers moyen du poumon droit.	C+	Sanatorium 5 mois. I. N. H. } P. A. S. } 5 m. Strepto. }	1959 Bon état général. Activité normale.	7 ans.	7 ans.
2 ^e semestre.		Image cavitaire para-cardiaque gauche.	H+	Pneumothorax intra-pleural.	1955 Bon état général. Activité normale.	7 ans.	10 ans.

SUJETS PRÉSENTANT UNE TUBERCULOSE PRIMAIRE PATENTE

Complications

Bilans effectués à la fin de l'année 1958

N° de l'observation. Sexe. Age au moment du dépistage	Délai entre			Catégorie	Importance des		Signes radiologiques			Prescriptions thérapeutiques initiales
	Dernier test - et premier test +	Signes cliniques et dépistage	Dépistage et début du traitement		Signes cliniques	Signes radiologiques	Schémas	Description	B. K.	
N° 1223 F. 18 ans.	8 m.	1 m.	1 mois et demi.	4	++	+++		Opacités hilaires droites assez importantes.	Non recherchés.	Préventorium 9 mois.
N° 1241 F. 18 ans.	11 m.	1 m.	1 m.	4	+++ E. N.	++		Opacités hilaires et inter-cléido-hilaires gauches assez importantes.	Non recherchés.	Préventorium 6 mois.
N° 796 F. 18 ans.	7 m.	Plusieurs mois.	15 jours.	4	+	+		Discrète opacité hilare droite.	?	Cure libre 2 mois.
N° 1213 F. 20 ans.	4 m.	Plusieurs mois.	1 m.	4	+	++		Opacités arrondies hilaires gauches avec image nodulaire axillaire gauche.	1+	Préventorium 6 mois.
N° 1231 F. 20 ans.	6 m.	Quelques semaines.	2 m.	4	+	++		Opacité hilare droite assez importante.	Non recherchés.	Préventorium 2 mois.

Sujets âgés de 10 à 24 ans

ET N'AYANT PAS REÇU DE CHIMIOTHÉRAPIE INITIALE

post-primaires.

ou au début de l'année 1959.

Date de l'apparition	Schémas	Description	B. K.	Traitement	Dernières nouvelles (bilan et date)	Durée de l'observation	Délai depuis le dépistage
3 ^e année		Opacité arrondie non homogène dans le tiers m. du poumon droit.	H-	Pneumothorax intra-pleural.	1959 Bon état général. Activité normale.	11 ans.	11 ans.
3 ^e année.		Image cavitaire sous-claviculaire externe gauche au sein d'opacités nodulaires floues.	H-	Repos à domicile 9 mois. I.N.H. } P.A.S. } 18 m. Strepto. }	1959 I.T.N. Activité normale (professeur).	6 ans.	6 ans.
Fin de la 2 ^e année.		Opacité floue sous-claviculaire externe droite.	H+	Sanatorium. I.N.H. } P.A.S. } 5 m. Strepto. }	1957 I.T.S.N.	6 ans.	7 ans.
Début de la 2 ^e année.		Discrètes opacités nodulaires floues axillaires gauches.	C-	Sanatorium 8 mois. I.N.H. } P.A.S. } 6 m.	1958 I.T.N. Activité normale.	6 ans.	6 ans.
5 ^e année.		Image cavitaire sous-claviculaire droite.	H+	Sanatorium 7 mois. I.N.H. } P.A.S. } 9 m. Strepto. }	1958 I.T.N.	10 ans.	10 ans.

au moment de l'infection initiale.

SUJETS PRÉSENTANT UNE TUBERCULOSE PRIMAIRE PATENTE

Complications

Bilans effectués à la fin de l'année 1958

N° de l'observation. Sexe. Age au moment du dépistage	Délai entre			Catégorie	Importance des		Signes radiologiques			Prescriptions thérapeutiques initiales
	Dernier test - et premier test +	Signes cliniques et dépistage	Dépistage et début du traitement		Signes cliniques	Signes radiologiques	Schémas	Description	B. K.	
<i>Sujets âgés de 10 à 24 ans</i>										
N° 823 F. 20 ans.	7 m.	15 jours.	Quelques jours.	4	++	+		Opacité hilairale gauche et image nodulaire dans le tiers moyen du poumon gauche.	Non recherchés.	Cure libre 9 mois.
N° 794 F. 25 ans.	1 an.	8 m.	3 semaines.	4	++	++		Opacités nodulaires fines sous-claviculaires gauches.	?	Cure libre 2 mois.
N° 3754 F. 12 ans.	2 m.		1 m.	2		++		Opacité hilairale droite de moyenne importance avec ligne scissurale.	H-	Préventorium 12 mois
N° 103 F. 12 ans.	6 m.		1 m.	2		+		Opacité hilairale droite peu importante.	Non recherchés.	Préventorium 8 mois.
N° 4442 F. 10 ans.	3 m.		2 m.	2		++		Opacité hilairale gauche peu importante.	H- C-	Préventorium.

ET N'AYANT PAS REÇU DE CHIMIOTHÉRAPIE INITIALE

post-primaires.

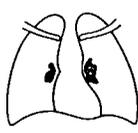
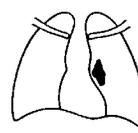
ou au début de l'année 1959.

Date de l'apparition	Complications			Dernières nouvelles (bilan et date)	Durée de l'observation	Délai depuis le dépistage
	Schémas	Description	B. K.			
2 ^e année.		Deux opacités nodulaires floues dans le tiers moyen du poumon gauche.	H-	Cure libre 10 mois. P. A. S. Strepto.	1957 I. T. N. Activité normale (secrétatoire).	7 ans. 8 ans.
1 ^{er} semestre.		Persistance des images initiales, avec opacité inter-cléidohilairale droite, et pleurale (pleurésie 2 mois auparavant).	Non recherchés.	Préventorium. Strepto.	1954 Persistance des images nodulaires gauches. Cure libre à domicile.	2 ans. 6 ans.
Début 2 ^e année.		Méningite tuberculeuse.	L.C.R. C+	Strepto. et cortisone I. R. et I. N. H. P. A. S. Strepto.	1956 Perdue de vue depuis la guérison de la méningite.	1 an. 3 ans.
2 ^e année.		Fistulisation d'une volumineuse adénopathie cervicale.	Non recherchés.	Préventorium héliomarine 9 mois. Ponctions du ganglion. I. N. H. } quelques P. A. S. } mois.	1958 Opacité nodulaire dense du hile droit. Cicatrice chéloïde. Activité normale.	3 ans. 4 ans.
1 ^{er} semestre.		Fistulisation d'une adénopathie axillaire.	C- I-	Pas de modification de la cure initiale. Au total : prévent. 3 mois I. N. H. 8 mois. P. A. S. 5 mois.	1959 I. T. N.	3 ans. 3 ans.

SUJETS PRÉSENTANT UNE TUBERCULOSE PRIMAIRE PATENTE

Complications

Bilans effectués à la fin de l'année 1958

N° de l'observation. Sexe. Age au moment du dépistage	Délai entre			Catégorie	Importance des		Signes radiologiques			Prescriptions thérapeutiques initiales
	Dernier test - et premier test +	Signes cliniques et dépistage	Dépistage et début du traitement		Signes cliniques	Signes radiologiques	Schémas	Description	B. K.	
<i>Sujets âgés de 10 à 24 ans</i>										
N° 5392 F. 11 ans	3 m.		2 m.	2		+		Discrètes opacités hilaires bilatérales et opacité nodulaire floue dans la base gauche.	H-	Préventorium.
N° 100 M. 10 ans	7 m.	15 jours.	3 m.	4	+	++		Opacités hilaires bilatérales avec opacité floue diffuse dans le tiers moyen du poumon gauche.	H- C-	Préventorium.
N° 1534 F. 11 ans	4 m.		1 m.	2		+++		Opacités hilaires bilatérales à prédominance gauche.	H- C-	Préventorium 6 mois.
N° 2956 F. 14 ans	4 m.	Quelques jours.	2 m.	4	++	++		Opacité hilare gauche assez importante.	Non recherchés.	Préventorium 6 mois.

ET N'AYANT PAS REÇU DE CHIMIOTHÉRAPIE INITIALE

post-primaires.

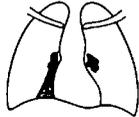
ou au début de l'année 1959.

Date de l'apparition	Complications			Dernières nouvelles (bilan et date)	Durée de l'observation	Délai depuis le dépistage	
	Schémas	Description	B. K.				Traitement
1 ^{er} semestre.		Poussées évolutives successives d'une adénopathie cervicale assez importante, non fistulisée.	Non recherchés.	Pas de modification de la cure initiale. Au total : prévent. 10 m. I. N. H. 1 an. Strepto. 2 mois.	1959 Rétrocession mais persistance de l'adénopathie cervicale.	4 ans.	4 ans.
2 ^e semestre.		Volumineuse adénopathie sous-maxillaire.	C-	Pas de modification de la cure initiale. Au total : prévent. 1 an. I. N. H. } 2 mois P. A. S. } et demi.	1959 I. T. N. Cicatrice d'adénite.	3 ans.	3 ans.
4 ^e année.		Pott lombaire.		Sanatorium. I. N. H. P. A. S. Strepto. Greffe d'Albee.	1959 I. T. N. Toujours en établissement de cure.	5 ans.	5 ans.
2 ^e année.		Péritonite et annexite gauche.		Sanatorium 2 ans 1/2. I. N. H. P. A. S.	1958 I. T. N. Guérison sans séquelles de la complication extra-pulmonaire. Activité normale (repasseuse).	8 ans.	8 ans.

SUJETS PRÉSENTANT UNE TUBERCULOSE PRIMAIRE PATENTE

Complications

Bilans effectués à la fin de l'année 1958

N° de l'observation. Sexe. Age au moment du dépistage	Délai entre			Catégorie	Importance des		Signes radiologiques			Prescription thérapeutique initiale	
	Dernier test - et premier test +	Signes cliniques et dépistage	Dépistage et début du traitement		Signes cliniques (2)	Signes radiologiques (2)	Schémas	Description	B. K. (3)	Repos	Chimiothérapie
<i>Sujets âgés de moins de 5 ans</i>											
N° 4 010 F. 3 ans.	6 m.	15 jours	3 m.	4	+	++		Opacité hilaire et latéro-trachéale droite.	C-	Pré-ventorium.	I. N. H. P. A. S.
N° 4 362 F. 4 ans.	5 m.	Quelques jours.	Quelques jours.	4	+++ E. N.	+++		Opacité hilaire gauche importante.	H- C- I-	Pré-ventorium 10 mois.	I. N. H. P. A. S. 6 mois.
N° 1 064 F. 4 ans.	2 m.	Quelques jours.	1 m.	4	+	++		Opacités hilaires bilatérales assez importantes, avec opacité homogène para-cardiaque droite.	H-	Pré-ventorium.	I. N. H. P. A. S.
<i>Sujets âgés de 5 à 9 ans</i>											
N° 347 F. 6 ans.	6 m.		1 m.	2		+		Opacité hilaire droite peu importante.	H- C-	Pré-ventorium 7 mois.	I. N. H. P. A. S. 7 mois.

(1) Au cours des mois ou des années suivant le début du traitement de la tuberculose primaire.

(2) + = Signes cliniques ou signes radiologiques discrets.
++ = Signes cliniques ou signes radiologiques modérés.
+++ = Signes cliniques ou signes radiologiques importants.

ET AYANT REÇU UNE CHIMIOTHÉRAPIE INITIALE

post-primaires.

ou au début de l'année 1959.

Date de l'apparition (1)	Complications				Dernières nouvelles (bilan et date)	Durée de l'observation	Délai depuis le dépistage
	Schémas	Description	B. K. (3)	Traitement			
1 ^{er} semestre.		Opacités nodulaires et sous-claviculaires droites.	Non recherchés.	Pas de modification du traitement initial. Au total : prévent. 8 m. I. N. H. } P. A. S. } 8 mois.	1957 Séquelles d'adénopathie paratrachéale droite. Bon état général.	2 ans.	3 ans.
Fin de la 2 ^e année.		Opacité floue non systématisée dans la base droite.	Ce sujet a refusé de se soumettre à tout examen complémentaire à la suite de la complication pulmonaire en 1958.			3 ans.	3 ans.
1 ^{er} semestre.		Opacité pleurale de la base droite, puis opacité floue dans le 1/3 inférieur du poumon gauche.	Non recherchés.	Pas de modification du traitement initial. Au total : prévent. 1 an. I. N. H. } P. A. S. } 10 m.	1959 I. T. N.	4 ans.	4 ans.
<i>au moment de l'infection initiale.</i>							
3 ^e année.		Opacité floue mal limitée para-cardiaque gauche.	H- C-	Sanatorium 15 mois. I. N. H. } P. A. S. } 15 m.	1959 I. T. S. N.	6 ans.	6 ans.

(3) H = B. K. recherchés par homogénéisation.
C = B. K. recherchés par culture.
I = B. K. recherchés par inoculation à l'animal.

SUJETS PRÉSENTANT UNE TUBERCULOSE PRIMAIRE PATENTE

Complications

Bilans effectués à la fin de l'année 1958

N° de l'observation. Sexe. Âge au moment du dépistage	Délai entre			Catégorie	Importance des		Signes radiologiques			Prescription thérapeutique initiale	
	Dernier test - et premier test +	Signes cliniques et dépistage	Dépistage et début du traitement		Signes cliniques	Signes radiologiques	Schémas	Description	B. K.	Repos	Chimiothérapie
<i>Sujets âgés de 5 à 9 ans</i>											
N° 534 M. 5 ans.	6 m.	1 m.	4 m.	4	+	+		Discrète opacité hilare droite.	Non recherchés.	Préventorium.	I. N. H. P. A. S.
N° 6356 F. 8 ans.	6 m.	Quelques jours.	3 m.	4	+	++		Opacité hilare droite de moy. importance.	H- C-	Hôpital et préventorium.	I. N. H. P. A. S.
N° 160 F. 9 ans.	5 m.	?	5 m.	4	+	++		Opacité hilare droite avec images floues, non systématisées, inter-cléido-hilaires et rétro-claviculaires droites.	H- C-	Préventorium 1 an.	I. N. H. P. A. S. 6 mois.
N° 45 F. 6 ans.	8 m.	15 jours.	2 m.	4	+++	+++		Opacités arrondies hilaires et inter-bronchiques droites avec image floue, non homogène, dans la base droite.	H- C-	Préventorium.	I. N. H. P. A. S.

ET AYANT REÇU UNE CHIMIOTHÉRAPIE INITIALE

post-primaires.

ou au début de l'année 1959.

Date de l'apparition	Complications			Dernières nouvelles (bilan et date)	Durée de l'observation	Délai depuis le dépistage
	Schémas	Description	B. K.			
1 ^{er} semestre.		Opacités nodulaires floues peu importantes dans la base droite.	Non recherchés.	Pas de modification du traitement initial. Au total : I. N. H. } 6m. 1/2 P. A. S. }	1959 I. T. N.	4 ans. 4 ans.
1 ^{er} semestre.		Opacités nodulaires floues sous-hilaires droites.	C-	Pas de modification du traitement initial. Au total : I. N. H. } 1an 1/2 P. A. S. } 13 m.	1957 Opacités nodulaires denses de la base droite.	1 an. 2 ans.
3 ^e année.		Opacités non homogènes apicales droites et opacité arrondie, dense, sous-claviculaire gauche.	H+	Hôpital et sanatorium 2 ans. Strepto. 6 mois. I. N. H. } 18 m. P. A. S. }	Fistulisation d'un abcès sus-sternal bacillifère quelques mois avant la complication pulmonaire. En 1959 exérèse envisagée pour persistance des images à gauche.	6 ans. 6 ans.
1 ^{er} semestre.		Opacité triangulaire juxta-scissurale droite à base externe avec persistance des images initiales, puis augmentation de volume de l'ombre cardiaque.	H- C-	Pas de modification du traitement initial. Au total : I. N. H. } 9 m. P. A. S. }	1958 I. T. N. Activité normale (infirmière).	4 ans. 4 ans.

au moment de l'infection initiale.

SUJETS PRÉSENTANT UNE TUBERCULOSE PRIMAIRE PATENTE

Complications

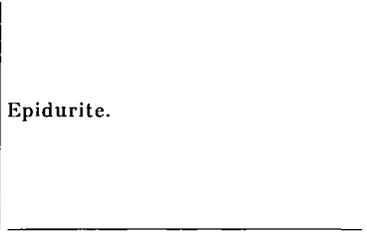
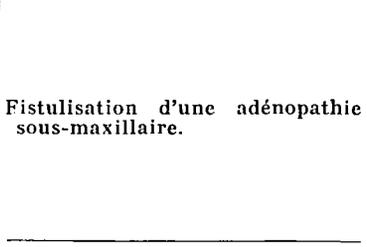
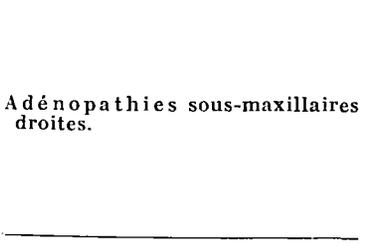
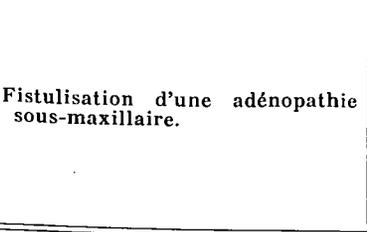
Bilans effectués à la fin de l'année 1958

N° de l'observation. Sexe. Âge au moment du dépistage	Délai entre			Catégorie	Importance des		Signes radiologiques			Prescription thérapeutique initiale	
	Dernier test — et premier test +	Signes cliniques et dépistage	Dépistage et début du traitement		Signes cliniques	Signes radiologiques	Schémas	Description	B. K.	Repos	Chimiothérapie
<i>Sujets âgés de 5 à 9 ans</i>											
N° 6 876 M. 7 ans.	8 m.	1 m.	Quelques jours.	4	+	+++		Opacité hilare droite importante.	H— C— I—	Hôpital.	I. N. H. P. A. S.
N° 5 678 F. 6 ans.	2 m.		2 m.	2		++		Opacité hilare droite assez importante.	H— C—	Préventorium 20 m.	20 m.
N° 4 914 F. 5 ans.	3 m.	3 m.	3 m.	4	+	+		Discrète opacité hilare gauche.	H— C—	Préventorium 7 mois.	I. N. H. P. A. S. 7 mois.
N° 4 851 F. 9 ans.	3 m.	Quelques jours.	Quelques jours.	4	+++	+		Discrète opacité hilare droite.		Hôpital et préventorium.	I. N. H. P. A. S.

ET AYANT REÇU UNE CHIMIOTHÉRAPIE INITIALE

post-primaires.

ou au début de l'année 1959.

Date de l'apparition	Schémas	Description	B. K.	Traitement	Dernières nouvelles (bilan et date)	Durée de l'observation	Délai depuis le dépistage	
								<i>Complications</i>
<i>au moment de l'infection initiale.</i>								
1 ^{er} semestre.		Epidurite.			Pas de modification du traitement initial. Au total : hôpital 7 m., I. N. H. 1 an 1/2.	1959 I. T. N.	2 ans.	2 ans.
3 ^e année.		Fistulisation d'une adénopathie sous-maxillaire.		Non recherchés.	Traitement non précisé.	1958 I. T. S. N. Fistule guérie.	4 ans.	4 ans.
Début du 2 ^e semestre.		Adénopathies sous-maxillaires droites.		?	Adénectomie.	1959 Bon état général. Cicatrice d'adénite minime.	3 ans.	3 ans.
1 ^{er} semestre.		Fistulisation d'une adénopathie sous-maxillaire.		Biopsie +	Pas de modification du traitement initial. Au total : établissements de cure 1 an. I. N. H. } P. A. S. } 15 m.	1959 I. T. N. Cicatrice souple de la fistule de l'adénite.	3 ans.	3 ans.

SUJETS PRÉSENTANT UNE TUBERCULOSE PRIMAIRE PATENTE

Complications

Bilans effectués à la fin de l'année 1958

N° de l'observation. Sexe. Âge au moment du dépistage	Délai entre			Catégorie	Importance des		Signes radiologiques			Prescription thérapeutique initiale	
	Dernier test - et premier test +	Signes cliniques et dépistage	Dépistage et début du traitement		Signes cliniques	Signes radiologiques	Schémas	Description	B. K.	Repos	Chimiothérapie
<i>Sujets âgés de 10 à 24 ans</i>											
N° 5274 M. 10 ans.	5 m.		5 m.	2		+++		Opacité hilare droite importante. Opacité pleurale dans la base droite.	C+	Hôpital. Prévent.	I. N. H. P. A. S.
N° 717 M. 11 ans.	5 m.	?	3 m.	4	+	+		Discrètes opacités hilaires bilatérales.	H- C-	Prévent.	I. N. H. P. A. S.
N° 42 F. 14 ans.	1 m.	Quelques jours.	Quelques jours.	4	++	++		Opacités arrondies hilaires et sus-hilaires droites.	H- C-	Prévent. 1 an.	8 mois.

ET AYANT REÇU UNE CHIMIOTHÉRAPIE INITIALE

post-primaires.

ou au début de l'année 1959.

Date de l'apparition	Complications				Dernières nouvelles (bilan et date)	Durée de l'observation	Délai depuis le dépistage
	Schémas	Description	B. K.	Traitement			
<i>au moment de l'infection initiale.</i>							
2 ^e semestre.		Persistance de l'opacité hilare droite. Images nodulaires fines rétro-claviculaires gauches.	H-	Pas de modification du traitement initial. Au total : établissements de cure 1 an. I. N. H. } 15 m. P. A. S. }	1959 Séquelles pleurales minimales.	2 ans.	2 ans.
2 ^e semestre.	Adénopathie sous-maxillaire.		H-	Pas de modification du traitement initial. Au total : prévent. 16 m. I. N. H. } 12 m. P. A. S. }	1958 I. T. S. N Activité normale (apprenti).	4 ans.	4 ans.
Début de la 2 ^e année.	Pott lombaire.		Biopsie +	Hôpital. Antibiotiques. Curetage du foyer osseux.	1958 Récupération fonctionnelle excellente. Bon état général. Activité normale.	4 ans.	4 ans.

ANNEXE D

FORMULAIRES UTILISÉS POUR L'ENQUÊTE

**FICHES DE LIAISON
FEUILLES D'OBSERVATION
FICHES DE BILAN**

FICHE DE LIAISON

ENQUÊTE SUR LES PRIMO-INFECTIONS

Fiche à adresser à l'I. N. H. lors de l'arrivée et du départ du sujet

NOM : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Sexe : _____

Lieu de naissance : _____ Départ. _____

Adresse : _____ Départ. _____

Régime de Sécurité Sociale : _____ N° Mle. _____

Nom et adresse de l'établissement : _____

(dispensaire ou centre de dépistage, hôpital, préven, Sana) _____

Nom du Médecin : _____

Date de la mise en surveillance pour l'enquête : _____

Date d'entrée : _____ de sortie : _____

Destination : _____

Pr. I. découverte par ^(*): dépistage syst. collectif - dépistage occasionnel (cas de tuberculose connu dans l'entourage) révélée par manifest. patholog.

Ancienneté - dates: dernière cuti - _____ 1ère cuti + _____

date des 1^{ers} s. cliniques : _____

Caractères initiaux ^(*). S. F. absents - modérés - importants

S. G. { fièvre : absente - moins de 5j - 5 à 15j - plus de 15 j.

{ amaig. ou asthénie : absent ou minime - modéré - important

S. R. absents - modérés - importants: images gangl. (hilaire, para-trachéale) pulmonaire - pleurale. Tubage + (Homo, cult.) - (Homo, cult.); non fait.

Traitement a) proposé (date _____) | b) effectué (dates _____)

repos	} à domicile	repos	} à domicile
repos + antib.		} en service spécialisé	
trait. antib. ambul.	} à domicile		trait. antib. ambul.
surveillance sans trait.		surveillance sans trait.	

(*) souligner en rouge les mentions utiles.

INSTITUT NATIONAL D'HYGIÈNE

ENQUÊTE SUR LES RÉSULTATS IMMÉDIATS ET ÉLOIGNÉS DU TRAITEMENT DE LA PRIMO-INFECTION TUBERCULEUSE

NOM de l'établissement :
 NOM du Chef de Service :
 Département :

NOM DU MALADE : PRENOMS : SEXE :
 DATE DE NAISSANCE : LIEU DE NAISSANCE : NATIONALITÉ :

ADRESSE du malade (1*) :

ADRESSE des parents :

RÉGIME SOCIAL { a) concernant le malade (1*) :
 et N° d'immatriculation { b) concernant les parents :

PROFESSION { a) du malade (1*) :
 b) des parents :

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX DE TUBERCULOSE. (Nombre de cas et désignation des personnes atteintes).

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS : 1) Maladies chroniques :

2) Maladies aiguës récentes :

3) B. C. G. date : Technique : Dose :

Tests après { 1^{er} test, date : Technique : Dose : Résultat :
 vaccination { dernier test, date : Technique : Dose : Résultat :

4) Conditions Sociales : (Tenir compte essentiellement de ce qui s'est passé dans les 6 mois précédant la primo-infection) :

(1*) conditions d'habitation et d'hygiène : favorables - défavorables.

(1*) alimentation : Normale - insuffisante.

(1*) travail : Normal - intensif - aucun travail.

DÉPISTAGE DE LA PRIMO-INFECTION :

1) Origine de la contamination (1*) : inconnue - connue.

Désignation de l'agent contaminateur :

Traitement reçu par ce sujet (antibiotique ?) :

Durée du contact (dates si possible) :

2) Conditions dans lesquelles la primo-infection a été découverte :

a) Dépistage effectué par :

le contrôle tuberculique : dates { du dernier test négatif :
 du premier test positif :

l'examen radiologique systématique, date :

Les examens ont été pratiqués par :

b) Manifestations pathologiques : date de début :

mode de début :

TRAITEMENT

I CURE DE REPOS.

	NOM de l'établissement	Dates	Durée du séjour	Durée de la cure de repos intégral
à domicile				
à l'hôpital en clinique ou en pré-cure				
en préventorium				
en sanatorium				

II MYCO et CHIMIOTHÉRAPIE.

Médicaments utilisés	Date du début	Date de l'arrêt	Durée du traitement	Voie d'introduction	Dose Quotidienne		Dose globale
					Par Kg de poids	Au total	
I. N. H.							
P. A. S.							
Streptomycine							
Autres Antibiotiques							

III INCIDENTS dus aux MÉDICAMENTS.

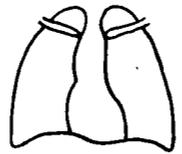
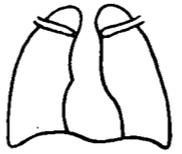
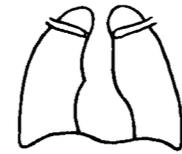
Médicaments en cause	Délai d'apparition après le début du traitement	Durée	Description (préciser s'ils ont obligé à interrompre le traitement de façon temporaire ou définitive)

IV AUTRES TRAITEMENTS.

(*) S'il s'agit d'un adulte.

(1*) Souligner les mentions utiles.

EXAMEN à la fin de la 2 ^{ème} Année. Date :	EXAMEN à la fin de la 3 ^{ème} Année. Date :	EXAMEN à la fin de la 4 ^{ème} Année. Date :	EXAMEN à la fin de la 5 ^{ème} Année. Date :
<p>I BILAN MÉDICAL</p> <p>1) État général</p> <p>2) S. radiologiques pleuro-pulmonaires</p> <p>3) Examens bactériologiques</p> <p>4) Tests tuberculiques</p> <p>5) Manifestations tuberculeuses apparues au cours de l'année considérée</p> <p>6) Traitements</p> <p>II BILAN SOCIAL</p> <p>1) Contact avec des tuberculeux</p> <p>2) Conditions d'habitation et d'hygiène</p> <p>3) Alimentation</p> <p>4) Conditions de travail</p>	<p>I BILAN MÉDICAL</p> <p>1) État général</p> <p>2) S. radiologiques pleuro-pulmonaires</p> <p>3) Examens bactériologiques</p> <p>4) Tests tuberculiques</p> <p>5) Manifestations tuberculeuses apparues au cours de l'année considérée</p> <p>6) Traitements</p> <p>II BILAN SOCIAL</p> <p>1) Contact avec des tuberculeux</p> <p>2) Conditions d'habitation et d'hygiène</p> <p>3) Alimentation</p> <p>4) Conditions de travail</p>	<p>I BILAN MÉDICAL</p> <p>1) État général</p> <p>2) S. radiologiques pleuro-pulmonaires</p> <p>3) Examens bactériologiques</p> <p>4) Tests tuberculiques</p> <p>5) Manifestations tuberculeuses apparues au cours de l'année considérée</p> <p>6) Traitements</p> <p>II BILAN SOCIAL</p> <p>1) Contact avec des tuberculeux</p> <p>2) Conditions d'habitation et d'hygiène</p> <p>3) Alimentation</p> <p>4) Conditions de travail</p>	<p>I BILAN MÉDICAL</p> <p>1) État général</p> <p>2) S. radiologiques pleuro-pulmonaires</p> <p>3) Examens bactériologiques</p> <p>4) Tests tuberculiques</p> <p>5) Manifestations tuberculeuses apparues au cours de l'année considérée</p> <p>6) Traitements</p> <p>II BILAN SOCIAL</p> <p>1) Contact avec des tuberculeux</p> <p>2) Conditions d'habitation et d'hygiène</p> <p>3) Alimentation</p> <p>4) Conditions de travail</p>
REMARQUES	REMARQUES	REMARQUES	REMARQUES

	I ^{er} EXAMEN MÉDICAL. Date :	BILAN AVANT TRAITEMENT. Date :	BILAN mois après le début du TRAITEMENT. Date :	BILAN mois après le début du TRAITEMENT. Date :	BILAN mois après le début du TRAITEMENT. Date :		
I S. GÉNÉRAUX	1 - État général _____	(1			(1		
	2 - Poids et taille (poids actuel et poids normal) _____	2			2		
	3 - Température (intensité et durée de la fièvre) _____	3			3		
II S. FONCTIONNELS	1 - Toux _____	(1			(1		
	2 - Dyspnée _____	2			2		
	3 - Expectoration _____	3			3		
III S. RADIOLOGIQUES THORACIQUES <small>(compte rendu précis des images radiographiques et, si possible, tomographiques, préciser la topographie, l'étendue et le caractère morphologique des images ganglionnaires, parenchymateuses et pleurales)</small>	 Radiographie Standard	III	 Radiographie Standard	 Radiographie Standard	 Radiographie Standard	 Radiographie Standard	
	 Tomographie à cm du plan dorsal		 Tomographie à cm du plan dorsal	 Tomographie à cm du plan dorsal	 Tomographie à cm du plan dorsal	 Tomographie à cm du plan dorsal	
IV BRONCHOSCOPIE <small>(indiquer s'il existe des modifications de calibre et des modifications de la muqueuse)</small>		IV			IV		
V AUTRES MANIFESTATIONS TUBERCULEUSES		V			V		
VI EXAMENS BACTÉRIOLOGIQUES	1 - Dates des prélèvements _____	VI	1		VI	1	
	2 - Nature et techniques des prélèvements _____		2			2	
	Résultats {		3 - des examens microscopiques _____	3			3
			4 - des cultures _____	4			4
			5 - des inoculations _____	5			5
	Etude de la résistance {		6 - à l'I. N. H. _____	6			6
			7 - à la Streptomycine _____	7			7
			8 - au P. A. S. _____	8			8
VII EXAMENS BIOLOGIQUES	1 - Vitesse de Sédimentation _____	VII	1		VII	1	
	2 - Tests tuberculinques _____		2			2	
	3 - Autres examens _____		3			3	
REMARQUES <small>(indiquer ici, s'il y a lieu, les manifestations pathologiques non tuberculeuses)</small>							

RÉSULTATS IMMÉDIATS ET ÉLOIGNÉS
DU TRAITEMENT
DE LA PRIMO-INFECTION TUBERCULEUSE

FEUILLE DE BILAN

Nom : Prénom : Sexe :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Adresse des parents (1) :

Profession :

Régime social des parents (1) et n° d'immatriculation :

Service dans lequel le sujet a été surveillé ou traité :

Dates du début et de l'arrêt du traitement :

Diagnostic initial : Primo-infection cliniquement latente — patente sans —
avec signes radiologiques.

Modalités du traitement : Repos seul.

Surveillance.

P. A. S. I. N. H. Streptomycine.

Examens à la fin de la ^e année après le début du traitement :

Date :

A) Bilan actuel ou récent — Bilan social.

1° Contact avec des tuberculeux :

2° Conditions d'habitation et d'hygiène :

3° Alimentation :

4° Conditions de travail :

(1) Nota : ou de l'assuré responsable de l'enfant.

T. S. V. P.

BILAN 1 AN après le début du TRAITEMENT. Date :

CONCLUSIONS

Relatives à l'évolution de la maladie au cours de la première année.
(à dater du début du traitement).

I) Diagnostic initial (caractère et gravité de l'affection tuberculeuse).

2) Délai écoulé entre la découverte de l'affection tuberculeuse et le
début du traitement par les antibiotiques.

3) Tendence évolutive avant le traitement par les antibiotiques :

a) des S. G. :

b) des S. R. :

4) Appréciation de l'action des antibiotiques sur l'évolution de la
maladie :

a) sur les S. G. :

b) sur les S. F. :

c) sur les S. R. :

d) sur les S. bact. :

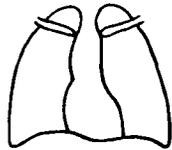
e) sur les autres signes :

5) Appréciation de la tolérance de l'organisme à l'égard des
antibiotiques.

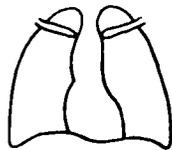
6) Aptitude au travail à la fin de la première année.

7) Capacité fonctionnelle respiratoire.

8) S'il y a eu prolongation du traitement, ou arrêt prématuré, ou encore
modification en cours d'évolution, en indiquer ici les motifs.



Radiographie Standard



Tomographie à
cm du plan dorsal

B) *Bilan médical actuel ou récent*
(préciser les dates des examens ci-dessous)

1° Etat général :

2° Signes radiologiques pleuro-pulmonaires :

3° Examens bactériologiques :

4° Tests tuberculiques (ont-ils été refaits depuis le début de la primo-infection ? Si oui, indiquer les dates, techniques et résultats).

5° Manifestations tuberculeuses apparues au cours de l'année considérée (1) :

6° Traitements effectués pendant l'année considérée (1) :

REMARQUES

Date et signature du médecin :

Nota (1) : ou pendant tout le temps qui s'est écoulé entre le dernier examen et l'examen actuel (au cas où le sujet n'a pas été revu périodiquement chaque année).

CANCER

PREMIER BILAN DES CONSULTATIONS AVANCÉES
DES CENTRES ANTICANCÉREUX

Si, dans l'état actuel de la lutte contre le cancer, les Centres Anticancéreux représentent l'élément essentiel de notre armement, une place importante doit maintenant être faite aux nombreuses consultations spéciales de cancérologie dites « Consultations Avancées » (C. A.). Effectuées depuis ces dernières années dans une quarantaine de départements par des spécialistes de chaque centre, on peut, à juste titre, les considérer comme des « antennes » des centres anticancéreux (C. A. C.). Leur extension rapide, qui date de quelques années, a grandement bénéficié de l'expérience réalisée depuis 15 ans à Blois par le professeur agrégé DENOIX. On sait ce que représentent actuellement les énormes ravages du cancer en France. Si, chaque année, les décès dus au cancer s'élèvent à une centaine de mille, le nombre des nouveaux cas apparus annuellement dépasse probablement 150 000. Tenant compte des malades des années antérieures ou de nouveau en traitement, on est en droit d'estimer que près de 200 000 malades requièrent, chaque année, les services du corps médical. La capacité actuelle des 24 centres anticancéreux français ne permet de traiter que 20 000 à 25 000 malades, soit approximativement le dixième de l'ensemble des cas. Il faudrait se garder d'en conclure que le nombre des centres est insuffisant et qu'il convient d'en créer dans la plupart des départements; ceci n'est absolument pas souhaitable, car les hôpitaux ou les cliniques privées sont à même de traiter convenablement la plupart des cancers. Il est apparu plus raisonnable d'envoyer à distance du centre, mais dans les limites de sa région, un membre qualifié de son corps médical qui effectue à dates régulières une consultation de cancérologie, en accord étroit avec les médecins locaux. C'est à ce but que répondent les consultations avancées des C. A. C. En d'autres termes, on a considéré comme la meilleure solution celle qui, pour les Centres, consiste à « exporter » dès que possible toute amélioration au diagnostic et au traitement des tumeurs, afin de la mettre à la disposition de l'ensemble du corps médical.

TABLEAU I

Tableau des villes où fonctionne une consultation avancée, établi en tenant compte du Centre anticancéreux de rattachement.

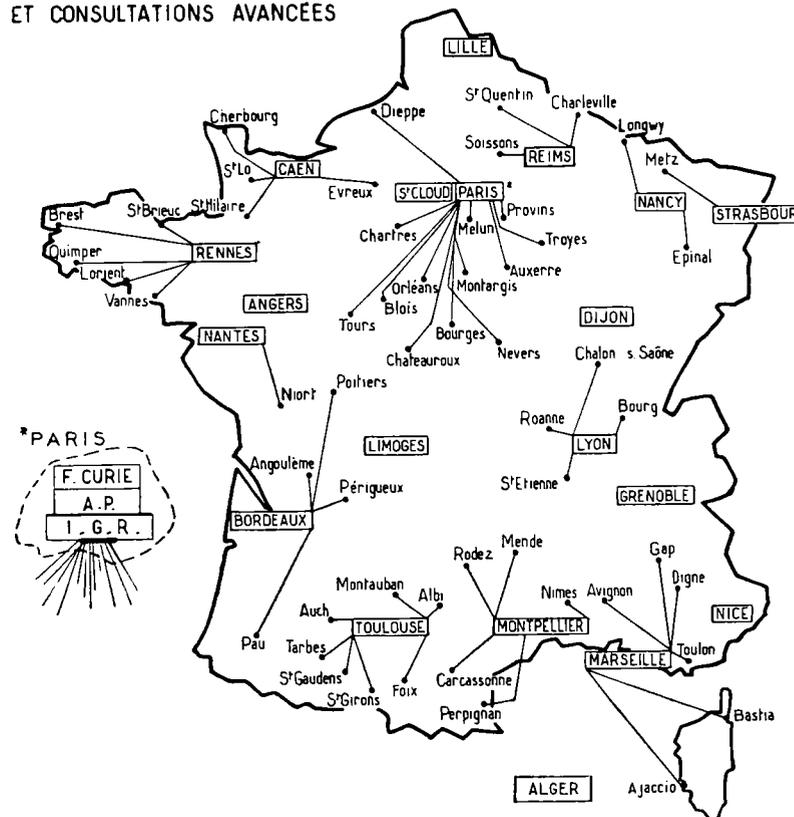
Centres anticancéreux	Consultations avancées	Année de création
Bordeaux	Angoulême (Charente)	1957
	Limoges (1) (Haute-Vienne)	1955
	Pau (Basses-Pyrénées)	1960
	Périgueux (Dordogne)	1955
	Poitiers (Vienne)	1954
	Caen	Cherbourg (Manche)
Evreux (Eure)		1958
Saint-Lô (Manche)		1955
Saint-Hilaire (Manche)		1955
Lyon	Bourg (Ain)	1954
	Chalon-sur-Saône (Saône-et-Loire)	1955
	Roanne (Loire)	1955
	Saint-Etienne (Loire)	1955
Marseille	Ajaccio (Corse)	1955
	Bastia (Corse)	1955
	Avignon (Vaucluse)	1958
	Digne (Basses-Alpes)	1958
	Gap (Hautes-Alpes)	1954
	Toulon (Var)	1955
Montpellier	Carcassonne (Aude)	1955
	Mende (Lozère)	1957
	Nîmes (Gard)	1957
	Perpignan (Pyrénées-Orientales)	1953
	Rodez (Aveyron)	1957
Nancy	Epinal (Vosges)	1952
	Longwy (Meurthe-et-Moselle)	1959
Nantes	Niort (Deux-Sèvres)	1955
Reims	Charleville (Ardennes)	1958
	Soissons (Aisne)	1955
	Saint-Quentin (Aisne)	1958
Rennes	Brest (Finistère)	1959
	Saint-Brieuc (Côtes-du-Nord)	1955
	Lorient (Morbihan)	1958
	Quimper (Morbihan)	1959
	Vannes (Morbihan)	1958
Strasbourg	Metz (Moselle)	1960
Toulouse	Albi (Tarn)	1954
	Auch (Gers)	1956
	Foix (Ariège)	1953
	Saint-Gaudens (Haute-Garonne)	1959
	Saint-Girons (Ariège)	1953
	Montauban (Tarn-et-Garonne)	1957
	Tarbes (Hautes-Pyrénées)	1950

(1) La Consultation avancée de Limoges est en cours de transformation en Centre anticancéreux.

TABLEAU I (suite).

Centres anticancéreux	Consultations avancées	Année de création
Institut Gustave-Roussy à Villejuif	Auxerre (Yonne)	1958
	Blois (Loir-et-Cher)	1947
	Bourges (Cher)	1957
	Chartres (Eure-et-Loir)	1958
	Chateauroux (Indre)	1959
	Dieppe (Seine-Maritime)	1952
	Melun (Seine-et-Marne)	1958
	Nevers (Nièvre)	1957
	Orléans (Loiret)	1951
	Montargis (Loiret)	1951
	Provins (Seine-et-Marne)	1959
	Tours (Indre-et-Loire)	1957
	Troyes (Aube)	1958

CENTRES ANTICANCÉREUX FRANÇAIS ET CONSULTATIONS AVANCÉES



CARTE I. — Répartition des consultations avancées par Centre Anticancéreux.

Les consultations avancées ont été créées dans le cadre de l'Office départemental d'Hygiène sociale, en accord avec le corps médical, les diverses collectivités publiques et les autorités de tutelle. La première de ces consultations a été créée à Blois, il y a une quinzaine d'années, par le docteur DENOIX. Elle a servi, en quelque sorte, de consultation pilote pour l'organisation des autres C. A. Leur nombre s'est considérablement accru au cours de ces dernières années et, actuellement, on en dénombre 56 pour la France métropolitaine. Il n'est pas douteux que ce chiffre est appelé à augmenter au cours des années à venir. Les villes choisies sont habituellement des préfectures ou des sous-préfectures. Le tableau I, complété par la carte I, présente la répartition des C. A. selon les centres anticancéreux; on voit immédiatement que si quelques centres, tel l'Institut Gustave-Roussy à Villejuif, assurent de nombreuses C. A. (13), d'autres, tels Nancy ou Nantes, n'en assurent qu'une ou deux. Certains centres, pourtant très importants, comme la Fondation Curie, n'ont pas créé actuellement de consultations avancées.

L'année de création de ces C. A., précisée dans la colonne de droite, montre que la plupart fonctionnent depuis une date récente, postérieure, en général, à 1954. Deux ont été créées en 1960 (Pau et Metz).

Il convient d'ajouter qu'ont été incluses dans notre enquête les consultations de dépistage qui fonctionnent dans les centres hospitaliers de Saint-Germain-en-Laye, de Versailles, de Blanc-Mesnil et d'Argenteuil. Bien que n'entrant pas officiellement dans le cadre des C. A., ces quatre consultations fonctionnent dans des conditions assez voisines. Elles ont accepté de participer à notre enquête. Nous sommes heureux de les en remercier.

BUT ET AVANTAGES DES C. A.

Ces consultations, de périodicité habituellement mensuelle, n'admettent en règle générale que les malades envoyés par leur médecin, de sorte que l'envoyé du centre, qui agit en l'occurrence comme un véritable consultant, communique directement au médecin son avis sur les investigations diagnostiques qu'il juge nécessaires ou pour l'opportunité de telle ou telle thérapeutique en présence d'un cas donné. En effet, comme l'a écrit très justement P. F. DENOIX, l'originalité de la cancérologie ne réside pas dans la technique concernant l'emploi de la chirurgie ou des radiations, mais bien plus dans la « stratégie » qui doit être envisagée à propos de chaque cas. En matière de cancer, une attitude systématique aboutissant à des règles standard serait susceptible de nuire trop souvent aux malades. Il peut arriver que le consultant soit appelé à conseiller une thérapeutique particulière (béta-tron, bombe au cobalt, etc.) dont la réalisation soit impossible dans la ville où s'effectue la Consultation avancée. Le centre

J F M A M J J A S O N D 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

INSTITUT NATIONAL D'HYGIÈNE

SECTION DU CANCER

CONSULTATION AVANCÉE DE

RENSEIGNEMENTS CHIFFRÉS	RENSEIGNEMENTS NON CHIFFRÉS	Ne rien inscrire dans cette colonne réservée à l'I. N. H.
1. Année de la 1 ^{re} consultation (2 derniers chiffres du millésime)	1 2	24 25 26
2. Mois (de 01 à 12)	3 4	Département de résidence : 27 28
3. N° du dossier	5 6 7 8	12. Sexe : Masculin 29 Féminin
4. Nomenclature de la tumeur	9 10 11 12	13. Situation maritale : 30
5. Age au 1 ^{er} symptôme	13 14	14. Histologie de la tumeur (très succincte)
6. Age au mariage	15 16	31 32 33
7. Nombre d'enfants	17	15. Laboratoire qui a pratiqué l'examen : 34
8. Délai en mois entre le 1 ^{er} symptôme et la 1 ^{re} visite médicale (de 01 à 99)	18 19	
9. Délai en mois entre le 1 ^{er} symptôme et le début du traitement	20 21	
10. Délai en mois entre la 1 ^{re} visite médicale et le début du traitement	22 23	

INSTRUCTIONS POUR LA RÉDACTION DE CETTE FICHE :

Cette fiche doit être remplie pour tout malade porteur de tumeur maligne qui se présente à la consultation. Elle sera adressée à la " Section CANCER " de l'INSTITUT NATIONAL D'HYGIÈNE, un an après la 1^{re} consultation, en même temps que la fiche II, dite " fiche de surveillance ". A la fin de chacune des 10 premières années suivant le début du traitement, une nouvelle fiche de surveillance devra également être adressée à l'INSTITUT NATIONAL D'HYGIÈNE.

La ligne de lettres et de chiffres imprimée horizontalement et en haut du recto représente, d'une part les mois de Janvier à Décembre, et d'autre part, le dernier chiffre de l'année. Noter la case lettre et la case chiffre correspondant au mois pendant lequel a débuté le 1^{er} congé. EXEMPLE : Février 1953 = case F et case 3.

ÉNUMÉRATION DES TRAITEMENTS REÇUS

CHIRURGIE	DATES (MOIS ET ANNÉE)	NATURE DE L'OPÉRATION (EXÉRÈSE, PALLIATIVE, EXPLORATRICE)
Nom du centre ou du chirurgien		
RADIUM	DURÉE D'APPLICATION EN JOURS	PROCÉDÉ UTILISÉ (AIGUILLAGE, APPAREILLAGE DE SURFACE, TÉLÉCURIE, ETC.)
Nom du centre ou du curiathérapeute		
RADIOTHÉRAPIE	DURÉE TOTALE D'APPLICATION EN JOURS	DOSE TOTALE EN r
Nom du centre ou du curiathérapeute		
AUTRES TRAITEMENTS	NATURE DU PRODUIT	LIEU DU TRAITEMENT
CHIMIOTHÉRAPIE		
HORMONOTHÉRAPIE		
ISOTOPES		

Ne rien inscrire dans cette colonne réservée à l'I. N. H.

NATURE	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="35"/>
ANNÉE	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="36"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="37"/>
CENTRE	OPÉRATION
<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="38"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="39"/>
DURÉE	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="40"/>
PROCÉDÉ	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="41"/>
DURÉE	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="42"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="43"/>
DOSE	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="44"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="45"/>
CHIMIO	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="46"/>
HORMONES	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="47"/>
ISOTOPES	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="48"/>

Surveillance

après

1 an	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="49"/>
2 ans	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="50"/>
3 ans	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="51"/>
4 ans	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="52"/>
5 ans	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="53"/>
6 ans	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="54"/>
7 ans	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="55"/>
8 ans	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="56"/>
9 ans	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="57"/>
10 ans	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text" value="58"/>

anticancéreux, mieux équipé, est alors à même de prendre le malade en charge pour une durée déterminée, après quoi, celui-ci est renvoyé à son médecin, soit pour un temps thérapeutique complémentaire, soit pour la surveillance nécessaire.

Ceci posé, on peut considérer que les Consultations avancées s'adressent essentiellement à deux catégories de malades :

1° Aux malades nouveaux pour lesquels les médecins de la région désirent avoir l'avis d'un cancérologue qualifié qui joue alors le rôle de consultant. Il convient de bien préciser à ce propos que la Consultation avancée ne fonctionne jamais comme centre de traitement, mais qu'elle permet, au contraire, d'orienter la thérapeutique, toujours en accord avec le médecin local. Si l'admission au centre régional est décidée d'un commun accord, on aura ainsi évité au malade une première consultation à ce Centre qui, lorsqu'il n'y a pas de lit vacant, oblige le malade à rentrer chez lui pour attendre une nouvelle convocation. Bien entendu, le médecin traitant a le libre choix du spécialiste local chaque fois que l'hospitalisation au C. A. C. ne s'est pas révélée nécessaire.

2° Aux malades traités antérieurement dans le C. A. C. régional et pour lesquels une surveillance régulière est nécessaire en vue du dépistage d'éventuelles reprises évolutives. Là encore, ces anciens malades sont suivis en liaison avec leur médecin traitant. L'existence d'une Consultation avancée peut ainsi éviter à ces malades, d'une santé souvent précaire, d'importants déplacements, toujours fatigants, lorsque leur domicile est éloigné du Centre.

Les échanges qui se produisent ainsi entre le consultant et les différents médecins ou spécialistes régionaux semblent profitables à tous. Ils sont évidemment conditionnés par un service social actif qui établit la liaison avec l'ensemble du corps médical, facilite les rapports du médecin traitant et du consultant, et résout au mieux les problèmes posés par les déplacements de malades plus ou moins valides.

Le développement rapide et le succès des C. A. sont les témoins de leur utilité. Il n'est pas douteux qu'elles contribuent à l'amélioration du traitement du cancer dans notre pays.

L'ENQUÊTE CANCER DANS LES CONSULTATIONS AVANCÉES

De même que pour les centres anticancéreux, l'Institut National d'Hygiène a jugé utile et intéressant de faire participer l'ensemble des C. A. à une enquête médicale et statistique, inspirée dans ses grandes lignes de l'Enquête Permanente Cancer (E. P. C.). C'est ainsi qu'à dates régulières, et en principe un an après le premier examen, chaque C. A. doit adresser à l'I. N. H. une fiche clinique assez simple (fac-similé

ci-contre), comportant l'essentiel des données cliniques et thérapeutiques pour chaque *nouveau* cas de cancer; en effet, n'entrent pas dans cette enquête les anciens malades, antérieurement traités au C. A. C. De même que pour l'E. P. C., une fiche de surveillance est prévue pendant 10 ans.

Il est certain que les données de la fiche clinique de la Consultation avancée sont beaucoup plus succinctes que les données correspondantes de la fiche E. P. C. C'est qu'en effet le médecin de la Consultation avancée n'est pas habituellement à même d'établir une observation détaillée, ne disposant pas des moyens d'investigation poussés qui sont couramment mis en œuvre dans les Centres anticancéreux.

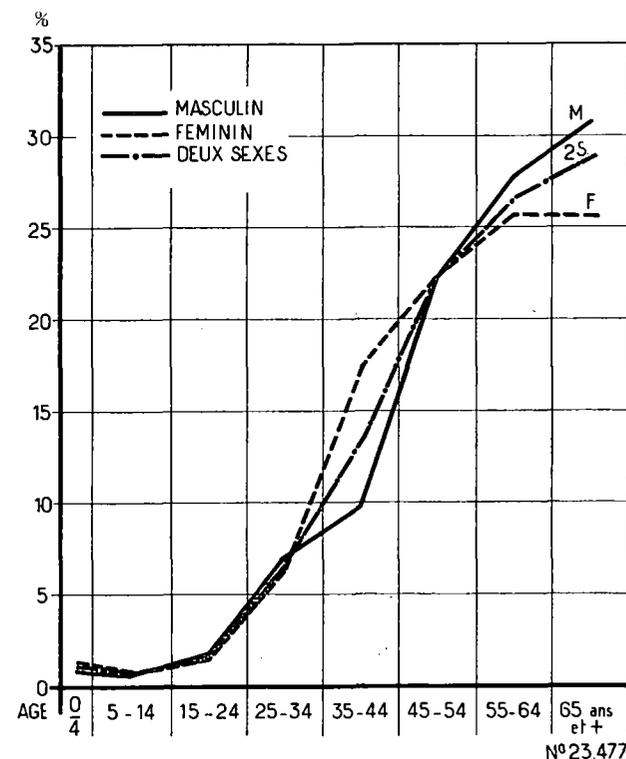
La mise au net de ces fiches par les infirmières ou les assistantes sociales des C. A. ne donne lieu à aucun remboursement. Nous n'en sommes que plus enclins à remercier nos collaboratrices bénévoles de la bonne volonté et de la conscience qu'elles apportent à la rédaction de ces fiches. Dans l'ensemble, elles s'acquittent de ce travail supplémentaire à la satisfaction de nos services. Nous ne méconnaissons pas qu'au début d'une telle enquête, réalisée dans 56 villes différentes, certaines défaillances ou certaines erreurs puissent se produire; elles sont inévitables au stade initial et elles n'iront sans doute pas sans retentir sur la qualité de ce premier bilan. Nous tenons dès maintenant à en excuser les points faibles, mais nous sommes convaincus que dans l'avenir et au fur et à mesure que les Consultations s'organiseront, la participation à l'enquête sera pratiquement totale avec une qualité de documentation comparable à celle de l'E. P. C.

PREMIERS RÉSULTATS
DE L'ENQUÊTE « CONSULTATION AVANCÉE »

Ainsi que nous venons de le signaler, il convient de n'interpréter les chiffres qui vont suivre qu'avec beaucoup de prudence, compte tenu, d'une part, de la participation inégale des Consultations avancées (certaines n'ont pu jusqu'à maintenant nous faire parvenir leurs fiches), d'autre part, de la qualité parfois limitée de ces fiches. Des oublis, des omissions ont été fréquemment relevés, surtout au cours des premiers envois; par ailleurs, certaines données non habituellement mentionnées dans les dossiers d'observation (âge au mariage, nombre d'enfants, etc.) n'ont pas toujours été indiquées. Il en résulte qu'à l'exploitation mécanographique de ces données on relève un « rebut » important; il limite bien entendu la valeur de ce premier sondage.

L'enquête porte sur un total de 2 375 cas dont la répartition par sexe fait ressortir une plus forte proportion de femmes : 1 066 malades du sexe masculin et 1 288 du sexe féminin. Il convient de rappeler ici qu'il s'agit uniquement de nouveaux malades, adressés par leur médecin, et que les anciens malades des centres, venus à titre de surveillance ou en vue d'un

temps thérapeutique complémentaire, sont exclus de l'enquête. D'autre part, il ne faut pas oublier que tous les malades qui viennent consulter ne sont pas atteints de cancer et que pour ceux-ci, bien entendu, aucune fiche ne nous est adressée. On peut valablement estimer qu'une partici-



GRAPHIQUE 1. — Répartition des malades par âge et par sexe.

pation totale des Consultations avancées aurait permis de recueillir près de 3 000 fiches, ce qui aurait sans doute autorisé une ventilation mécanographique plus poussée.

1° Répartition des malades par âge et par sexe.

L'âge et le sexe n'étant pas toujours précisés dans les fiches reçues, nous n'avons pu étudier ces données que pour 1 272 malades sur les 2 375 que totalise l'enquête. Ce nombre un peu insuffisant ne nous a permis qu'une ventilation par tranche d'âge de 10 ans (tableau II). Le graphique que nous en avons tiré présente une courbe assez superposable aux courbes habituelles de morbidité par cancer en fonction de l'âge. Le taux

reste très bas jusqu'à 35 ans; après quoi la courbe s'élève progressivement pour donner un maximum de fréquence aux âges les plus avancés, confirmant ainsi la notion classique de l'augmentation du « risque cancer » en fonction de l'âge.

TABLEAU II
CONSULTATIONS AVANCÉES
Répartition des malades par âge et par sexe.

Age	Masculin		Féminin		Deux sexes	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
0- 4 ans	5	0,9	8	1,1	13	1
5-14 »	3	0,5	4	0,6	7	0,6
15-24 »	10	1,7	11	1,6	21	1,6
25-34 »	40	6,9	43	6,2	83	6,5
35-44 »	55	9,6	120	17,2	175	13,7
45-54 »	127	22,1	154	22,1	281	22,1
55-64 »	159	27,7	179	25,6	338	26,5
65 et +	176	30,6	178	25,5	354	27,8
Total des âges précisés	575		697		1 272	
Âges non précisés	491		591		1 082	
					+ 21 sexe non précisé.	
Tous âges	1 066		1 288		2 375	

2° Répartition des localisations
par ordre d'importance décroissante.

Cette présentation est faite dans le tableau III sans tenir compte du sexe ni du stade. En effet, ce dernier est trop souvent non précisé et le nombre des cas par localisation est presque toujours insuffisant (inférieur à 80) pour qu'une répartition par sexe permette des pourcentages valables.

Ce tableau est surtout intéressant parce qu'il accorde à certaines localisations une prépondérance qu'elles n'ont pas dans la morbidité réelle par cancer en France; c'est ainsi que si le cancer du sein et du col représentent — ce qui est habituel — les deux localisations les plus fréquentes chez la femme, la première place revient, pour les deux sexes réunis, au cancer de la peau qui représente plus du cinquième de l'ensemble. De même, le cancer de la lèvre, du larynx, des os, qui s'observent dans les Consultations avancées avec une fréquence assez élevée, occupent un rang plus éloigné dans la morbidité par cancer pour l'ensemble du pays. Plus frappante encore est la situation du cancer de l'estomac : il occupe ici le 17^e rang avec 1,3 % de l'ensemble, alors qu'il est en réalité le plus fréquent de tous les cancers. Ceci confirmerait, s'il en était besoin, cette notion déjà classique que la clientèle des C. A. C. présente une orientation parti-

Répartition des localisations par ordre d'importance décroissante.

Localisation	N.	%
191 -- Tumeur maligne de la peau	476	20,1
170 -- » du sein	463	19,5
171 -- » du col de l'utérus	224	9,4
140 -- » de la lèvre	139	5,8
161 -- » du larynx	82	3,5
196 -- » des os	68	2,9
147 -- » de l'hypopharynx	66	2,8
154 -- » du rectum	59	2,5
141 -- » de la langue	54	2,3
150 -- » de l'œsophage	54	2,3
145 -- » de l'oropharynx	48	2
176 -- » des organes génitaux de la femme autres et non spécifiés	47	2
206 -- » du système lymphatique	47	2
160 -- » du nez, des cavités nasales et des sinus accessoires	35	1,5
143 -- » du plancher de la bouche	33	1,4
142 -- » des glandes salivaires	32	1,3
151 -- » de l'estomac	32	1,3
162 -- » des bronches et de la trachée et poumon, spécifiée comme primitive	32	1,3
172 -- » du corps de l'utérus	32	1,3
198 -- » secondaire et non spécifiée des ganglions lymphatiques	30	1,3
197 -- » du tissu conjonctif	29	1,2
144 -- » de parties autres, ou non spécifiées de la cavité buccale	27	1,1
153 -- » du gros intestin, rectum excepté	20	0,8
163 -- » du poumon non spécifiée comme primitive ou comme secondaire.	19	0,8
199 -- » à localisations autres et non spécifiées	17	0,7
177 -- » de la prostate	15	0,6
207 -- » du système hématopoïétique	15	0,6
146 -- » du naso-pharynx	13	0,55
194 -- » de la glande thyroïde	13	0,55
164 -- » du médiastin	12	0,5
175 -- » de l'ovaire, de la trompe et du ligament large	12	0,5
178 -- » du testicule	12	0,5
179 -- » des organes génitaux de l'homme, autres et non spécifiés	12	0,5
181 -- » de la vessie et des autres organes urinaires	12	0,5
193 -- » du cerveau et des autres parties du système nerveux	9	0,4
180 -- » du rein	8	0,3
192 -- » de l'œil	8	0,3
148 -- » du pharynx, de localisation non spécifiée	6	0,25
156 -- » du foie (localisation secondaire ou non spécifiée)	5	0,2
155 -- » des voies biliaires et du foie	4	0,2
174 -- » de l'utérus, de localisation non spécifiée	4	0,2
159 -- » des organes digestifs non spécifiés.	2	0,08
173 -- » des autres parties de l'utérus	2	0,08
195 -- » des autres glandes endocrines	2	0,08
158 -- » du péritoine	1	0,04
165 -- » des organes thoraciques	1	0,04
Rebut	42	1,8
Total	2 375	

culière qu'on retrouve, à quelques nuances près, dans celle des C. A. Remarquons que, dans l'E. P. C., c'est le cancer du col qui occupe la 1^{re} place (17 %) suivi de près par le cancer cutané (16 %).

3° *L'âge au mariage et la fécondité
pour les localisations génitales féminines.*

Ce problème, déjà traité sur des bases plus importantes et plus solides par différents auteurs, nous a paru intéressant à reprendre dans le cadre modeste de cette enquête. C'est ainsi que nous avons calculé :

— l'âge moyen au mariage (tableau IV) chez 320 femmes atteintes de cancer du sein : il est de 24,2 ans, alors qu'il est de 22,1 ans chez 158 malades atteintes de cancer du col de l'utérus. La différence de 2 années est évidemment assez faible mais il semble qu'elle soit statistiquement significative (test de Fisher);

— le nombre moyen d'enfants (tableau V) chez les femmes atteintes d'un cancer du sein : il est de 1,6, alors qu'il s'élève à 2,2 chez les malades présentant un cancer de l'utérus. Là encore, le test de Student-Fisher montre que cette différence, quoique peu importante, n'est vraisemblablement pas due au hasard. Cette notion confirme les résultats d'enquêtes analogues poursuivies par différents auteurs sur un nombre de cas beaucoup plus élevé; la multiparité semblerait favoriser le développement du cancer cervical, alors que la nulliparité favoriserait le développement des tumeurs mammaires.

4° *Etude du délai entre le premier symptôme clinique
et le premier examen médical.*

Cette notion n'a pu être recherchée (tableau VI) que pour les localisations les plus importantes : lèvre, peau, sein, col de l'utérus.

Deux localisations semblent entraîner un « délai » moyen notablement long : Il s'établit, en effet, autour de 15 mois pour le cancer de la lèvre, autour de 18 mois pour le cancer de la peau chez l'homme et de 21 mois pour ce même cancer chez la femme; par contre les localisations génitales féminines entraînent un délai nettement plus court : 10 mois pour le cancer du sein et 7 mois et demi pour le cancer du col de l'utérus. Il est, par conséquent, surprenant de constater que les tumeurs immédiatement apparentes au malade (peau, lèvre) l'inquiètent nettement moins (à juste raison d'ailleurs, pour la localisation cutanée) que les tumeurs moins directement apparentes, comme les cancers utérins ou mammaires. Cette notion est confirmée par l'expérience clinique. C'est, en effet, l'hémorragie, symptôme d'alarme habituel des cancers utérins, qui inquiète beaucoup plus vivement les malades que la découverte d'un petit « bouton » induré sur la joue.

TABLEAU IV

CONSULTATIONS AVANCÉES

*Age au mariage chez les femmes atteintes de cancer du sein
ou de cancer du col de l'utérus.*

Age	Cancer du sein	Cancer du col
10 à 14 ans	—	—
15 à 19 »	18	20
20 à 24 »	82	35
25 à 29 »	27	8
30 à 34 »	11	2
35 à 39 »	3	1
40 à 44 »	2	—
45 à 49 »	—	—
Non précisé	320	158
<i>Total</i>	463	224
Age moyen	24,2 ans	22,1 ans

Le test T. de Student-Fisher prouve que la différence entre les âges moyens est significative.

TABLEAU V

CONSULTATIONS AVANCÉES

*Nombre d'enfants des femmes ayant un cancer du sein
ou un cancer du col de l'utérus.*

Nombre d'enfants	Cancer du sein	Cancer du col
0	104	50
1	89	27
2	73	33
3	36	23
4	21	6
5	10	11
6	4	7
7	2	2
8	3	3
9	2	6
Non précisé	119	56
<i>Total</i>	463	224
Nombre moyen d'enfants	1,6	2,2

Le test T. de Student-Fisher prouve que la différence entre le nombre moyen d'enfants est significative.

TABLEAU VI

CONSULTATIONS AVANCÉES

Délai entre le premier symptôme et la première visite médicale pour les principales localisations.

Délai	Lèvre	Peau		Sein		Col utérin
	Masculin	Masculin	Féminin	Féminin	Féminin	
1 mois	12	13	14	57	24	
2 »	2	7	22	34	21	
3 »	13	7	9	31	20	
4 »	2	7	7	14	4	
5 »	4	1	3	5	9	
6 »	7	13	13	21	8	
7 »	4	7	1	3	2	
8 »	1	9	8	7	7	
9 »	3	3	1	6	2	
10 »	1	3	2	7	7	
11 »	—	1	3	4	1	
1 an	21	26	28	41	19	
2 ans	10	26	33	27	10	
3 »	7	15	19	8	—	
4 »	1	4	6	7	3	
5 »	6	3	5	3	—	
6 »	1	3	3	1	—	
7 »	—	1	4	—	—	
8 »	—	2	7	—	—	
Non précisé	29	55	65	176	80	
Délai moyen	15 mois.	18 mois.	21 mois.	10 mois.	7,6 mois.	

5° Etat marital et répartition des cancers (tableau VII).

Nous avons extrait des données de l'enquête la proportion de femmes mariées et célibataires pour les trois localisations les plus fréquentes chez la femme (sein, col utérin, peau) et pour l'ensemble des cancers,

TABLEAU VII

CONSULTATIONS AVANCÉES

Proportions de femmes mariées et célibataires pour les trois localisations les plus fréquentes chez les femmes et pour toutes localisations.

Localisations	Célibataires	Mariées	Total	% de célibataires
Sein	36	364	400	9
Col	9	190	199	4,5
Peau	18	185	203	8,9
Toutes localisations	106	1 017	1 123	9,4

c'est-à-dire 1 123 cas. Les résultats paraissent assez significatifs. Pour les localisations cutanée et mammaire et pour l'ensemble des cancers le pourcentage des célibataires est relativement constant, respectivement 8,9 %, 9 % et 9,4 %. Par contre, il tombe à 4,6 % pour le cancer du col utérin, confirmant par là les travaux publiés depuis quelques années par différents auteurs selon lesquels le cancer du col de l'utérus se développerait avec une plus grande fréquence chez les femmes ayant une activité génitale plus marquée.

6° Nature de l'histologie.

Si dans les centres anticancéreux l'examen histologique est fait presque systématiquement, il n'en va plus de même dans les Consultations avancées où le consultant ne dispose pas d'un anatomo-pathologiste pour réaliser sur place les coupes nécessaires. Ceci explique la proportion

TABLEAU VIII a

CONSULTATIONS AVANCÉES

Nature de l'histologie.

	Nombre	%
140. — Tumeur maligne de la lèvre.		
Epithélioma malpighien spino-cellulaire	58	76,3
Epithélioma malpighien baso-cellulaire	4	5,3
Epithélioma malpighien intermédiaire ou non spécifié	9	11,8
Autres histologies	5	6,6
Total des précisés	76	
Histologie non faite	48	38,7
Total général	124	
170. — Tumeur maligne du sein.		
Epithélioma glandulaire	84	44,4
Epithélioma atypique	48	25,4
Epithélioma alvéolaire	16	8,5
Epithélioma dendritique ou canaliculaire	10	5,3
Ensemble des cancers glandulaires	174	92
Autres histologies	15	7,9
Total des précisés	189	
Histologie non faite	263	58,3
Total général	452	

TABLEAU VIII b
CONSULTATIONS AVANCÉES
Nature de l'histologie.

	Nombre	%
171. — Tumeur maligne du col de l'utérus.		
Epithélioma malpighien spino-cellulaire	82	51,2
Epithélioma malpighien baso-cellulaire	16	10
Epithélioma malpighien intermédiaire	34	21,2
Epithélioma glandulaire	22	13,8
Autres histologies	6	3,8
<i>Total des précisés</i>	160	
Histologies non faites	57	12,6
<i>Total général</i>	452	
191. — Tumeur maligne de la peau.		
Epithélioma malpighien spino-cellulaire	72	28,4
Epithélioma malpighien baso-cellulaire	89	35,2
Epithélioma malpighien intermédiaire	27	10,7
Nævocarcinome	25	9,9
Autres histologies	40	15,8
<i>Total des précisés</i>	253	
Histologies non faites	206	44,9
<i>Total général</i>	459	

assez élevée d'histologies non précisées, relevée pour les 4 localisations les plus fréquentes (sauf pour le col de l'utérus : 12,6 %).

Les tableaux que nous présentons (tableaux VIII a et VIII b) n'appellent que fort peu de commentaires. Ils sont d'ailleurs assez schématiques et volontairement simplifiés.

Les formes spino-cellulaires dominent bien entendu pour la lèvre et le col utérin, alors que l'épithélioma baso-cellulaire est nettement le plus fréquent pour la peau.

Il est enfin intéressant de remarquer que le nævocarcinome représente, dans les Consultations avancées, 10 % de l'ensemble des tumeurs cutanées. Il est certainement moins fréquent dans l'ensemble de la morbidité française par cancer, mais son importance prouve ici qu'il pose fréquemment des problèmes aux praticiens qui sollicitent alors volontiers l'avis du consultant de la C. A.

7° Nature du traitement (tableau IX).

De même que pour l'histologie, nous ne l'avons recherchée que pour les 4 localisations les plus fréquentes.

Une remarque s'impose d'emblée : la proportion élevée de malades non traités (près du quart pour les tumeurs de la peau et du sein). Cette proportion est beaucoup plus forte que dans les Centres, mais il est possible qu'elle soit ici supérieure à la réalité, car certains malades peuvent

TABLEAU IX
CONSULTATIONS AVANCÉES
Nature du traitement.

Traitements reçus	Lèvre		Peau		Sein		Col utérin	
	Masculin		Deux sexes		Féminin		Féminin	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Pas de traitement	13	10,5	120	26,1	105	23,2	39	18
Chirurgie	17	13,7	81	17,6	85	18,8	12	5,5
RX	15	12,1	33	7,2	56	12,4	17	7,8
Radium	34	27,4	131	28,6	—	—	14	6,5
Contact	2	1,6	20	4,4	—	—	—	—
Télécurie	—	—	—	—	—	—	1	0,5
Electrocoagulation	3	2,4	11	2,4	—	—	1	0,5
Chirurgie + RX	4	3,2	35	7,6	194	42,9	17	7,8
Chirurgie + Radium	21	16,9	10	2,2	3	0,7	25	11,5
Radium + RX	4	3,2	7	1,5	1	0,2	65	29,9
Chirurgie + RX + Radium	11	8,9	7	1,5	1	0,2	26	12
Non spécifiés	—	—	4	0,9	7	1,5	—	—
<i>Total</i>	124		459		452		217	

être traités « en ville » sans que le consultant de la C. A. en soit averti. Il est possible aussi que la proportion des malades incurables y soit nettement plus élevée que dans les Centres. Quoi qu'il en soit, les tendances de la thérapeutique demeurent, à travers ce tableau, tout à fait classiques :

— le cancer de la lèvre reste avant tout du domaine de la curiethérapie isolée ou en association avec la chirurgie;

— le cancer cutané où la curiepuncture reste le traitement de choix, suivi d'assez loin par la chirurgie pure et en association;

— le cancer du sein où les meilleurs résultats d'ensemble s'observent avec l'association radio-chirurgicale;

— le cancer du col utérin dont près de 30 % des cas sont traités ici par radium, suivi de radiothérapie.

8° Nature de l'opération pratiquée (tableau X).

Il n'a été possible d'utiliser ici qu'une classification assez rudimentaire; elle ne permet que de dégager une tendance.

— Sur 19 cancers gastriques opérés, 12 ont subi une intervention à visée curatrice, proportion assez satisfaisante.

— Moins des 2/3 des cancers du rectum ont subi une exérèse complète.

— Par contre, dans 96 % des cas, la chirurgie du sein a pu se dérouler de façon satisfaisante, c'est-à-dire emportant largement la tumeur.

— Dans la chirurgie du cancer du col, l'hystérectomie totale est pratiquée dans plus des 3/4 des cas, la colpo-hystérectomie élargie restant beaucoup moins utilisée.

TABLEAU X
CONSULTATIONS AVANCÉES
Nature de l'opération.

	Cancer estomac		Cancer rectum		Cancer sein		Cancer col	
	Nb.	Nb.	Nb.	%	Nb.	%	Nb.	%
Exérèse complète	11	20	175	61,9	61	77,3		
Exérèse incomplète	1	1	1	0,4	2	2,5		
Exérèse élargie	1	—	93	33	14	17,8		
Chirurgie palliative	3	11	4	1,4	1	1,2		
Chirurgie exploratrice	3	2	2	0,7	—	—		
Chirurgie non anticancéreuse ..	—	—	—	—	—	—		
Castration	—	—	1	0,4	—	—		
Exérèse + castration	—	—	3	1,1	—	—		
Exérèse élargie + castration ..	—	—	2	0,7	—	—		
Non précisé	—	1	1	0,4	1	1,2		
<i>Total</i>	19	35	282		79			

Dans les quelques tableaux commentés qui précèdent, nous avons simplement voulu donner un aperçu des possibilités de l'enquête réalisée par l'Institut National d'Hygiène dans les Consultations avancées. Certaines rubriques ont été délibérément laissées de côté, soit que le total des cas fût trop faible pour donner une répartition statistiquement valable, soit que les renseignements fournis par les Consultations avancées sur certaines données fussent trop fragmentaires. C'est ainsi que nous avons dû renoncer à présenter la répartition par stade pour la plupart des localisations, la répartition des doses de RX, la nature des hormones ou des radio-isotopes utilisés dans le traitement de certains cancers, etc.

Plus intéressante encore aurait été la connaissance de l'évolution des

tumeurs traitées. Mais la plupart des Consultations avancées sont encore de création trop récente pour qu'on puisse disposer d'un recul suffisant, étayé sur un nombre de cas suffisamment important (plusieurs milliers). Ces données doivent être, pour le moment, extraites de l'Enquête permanente Cancer. Ce n'est que dans quelques années que l'enquête dans les Consultations avancées pourra donner lieu à une exploitation mécanographique convenable.

Notre but sera atteint si ce premier bilan d'activité incite les 56 Consultations avancées françaises à participer plus complètement à notre enquête.

Travail de la Section Cancer présenté par

J. LEGUERINAIS et M. FERDOILLE.

ERRATUM

Tome 15, n° 4, p. 562.

**L'ENQUÊTE PERMANENTE CANCER.
PRONOSTIC ET ÉVOLUTION
DES TUMEURS MALIGNES PRIMITIVES DES OS**

1° Page 562, 14^e ligne :

au lieu de...

« Les cas sont trop nombreux »..., lire :

« Les cas sont trop peu nombreux »...

2° Page 568, 25^e ligne :

au lieu de...

« Les sujets jeunes (de 1 à 20 ans) »..., lire :

« Les sujets jeunes (de 1 à 29 ans) »...

VÉNÉRÉOLOGIE

STATISTIQUES ÉPIDÉMIOLOGIQUES
et
ACTIVITÉ DES DISPENSAIRES ANTIVÉNÉRIENS
(au cours du premier trimestre 1960)
EN FRANCE MÉTROPOLITAINE

Les renseignements publiés dans ce bulletin concernent les cas de maladies vénériennes déclarées au cours du 1^{er} trimestre 1960 et le fonctionnement des dispensaires antivénériens au cours de ce même trimestre.

1° *Déclaration obligatoire des maladies vénériennes.*

Le nombre des cas de maladies vénériennes déclarées au cours du 1^{er} trimestre 1960 a été de : 4 185.

Il se décompose ainsi :

Blennorragie	3 599
Syphilis primo-secondaire	555
Chancre mou	30
Maladie de Nicolas-Favre	1

La comparaison de ces chiffres avec ceux du trimestre précédent donne les résultats suivants :

Blennorragie	3 599 cas au lieu de 3 282; augmentation : 317
Syphilis	555 cas au lieu de 435; augmentation : 120
Chancre mou :	30 cas au lieu de 22; augmentation : 8

Les trois tableaux suivants concernent les départements où il existe une sensible augmentation.

Blennorragie.

Départements	4 ^e trim. 1959	1 ^{er} trim. 1960	Différence
Alpes-Maritimes	57	90	33
Bouches-du-Rhône	190	224	34
Côte-d'Or	3	13	10
Doubs	14	26	12
Gironde	85	147	62
Loire	19	35	16
Moselle	19	36	17
Rhin (Bas-)	19	32	13

Syphilis.

Départements	4 ^e trim. 1959	1 ^{er} trim. 1960	Différence
Bouches-du-Rhône	21	30	9
Isère	4	12	8
Seine	192	298	106

Chancre mou.

Départements	4 ^e trim. 1959	1 ^{er} trim. 1960	Différence
Bouches-du-Rhône	6	8	2
Gironde	0	1	1
Isère	0	1	1
Rhône	0	2	2
Seine-Maritime	12	13	1
Var	0	4	4

2° Activité des dispensaires antivénéériens.

Les chiffres des dispensaires se rapportent à 89 départements.

Ces statistiques montrent que 14 359 séances de consultations ont été données et que 275 290 consultations ou actes thérapeutiques ont été effectués.

Le nombre des examens de laboratoire effectués a été de 120 003, comprenant :

88 059 examens sérologiques, dont 8 675 positifs.

31 944 examens microbiologiques, dont 3 593 positifs.

3 819 malades ont été traités pour syphilis, par la pénicilline et ses dérivés, à la dose moyenne de 9 millions d'unités pour chaque cas.

1 408 malades ont été traités pour blennorrhagie, à la dose moyenne de 2 millions d'unités par malade.

1 886 malades ont reçu, en moyenne, 9 grammes de sulfamides.

Travail de la Section de Vénérologie présenté par

Dr S. ROULE et Mme S. GOURLIAU.

I. — Maladies vénériennes déclarées, en application de la loi du 31 Décembre 1942,
au cours du premier trimestre 1960.

1° BLENNORRAGIE

Départements	Janv.	Fév.	Mars	Tot.	Départements	Janv.	Fév.	Mars	Tot.	Départements	Janv.	Fév.	Mars	Tot.
Ain	0	0	0	0	Gers	0	0	0	0	Puy-de-Dôme	1	2	3	6
Aisne	0	1	2	3	Gironde	55	36	56	147	Pyrénées (Basses-)	6	3	7	16
Allier	0	1	2	3	Hérault	5	5	4	14	Pyrénées (Hautes-)	0	0	0	0
Alpes (Basses-)	0	0	0	0	Ille-et-Vilaine	2	3	2	7	Pyrénées-Orientales	1	1	0	2
Alpes (Hautes-)	0	0	0	0	Indre	3	5	2	10	Rhin (Bas-)	10	10	12	32
Alpes-Maritimes	24	34	32	90	Indre-et-Loire	1	1	0	2	Rhin (Haut-)	5	3	4	12
Ardèche	1	0	0	1	Isère	2	5	6	13	Rhône	29	32	45	106
Ardennes	0	0	1	1	Jura	0	0	0	0	Saône (Haute-)	0	1	1	2
Ariège	0	0	0	0	Landes	0	0	0	0	Saône-et-Loire	0	5	1	6
Aube	1	2	1	4	Loir-et-Cher	0	0	1	1	Sarthe	0	0	0	0
Aude	0	0	0	0	Loire	10	10	15	35	Savoie	4	0	2	6
Aveyron	0	0	0	0	Loire-Atlantique	1	3	5	9	Savoie (Haute-)	4	1	2	7
Bouches-du-Rhône	83	80	61	224	Loire (Haute-)	0	0	1	1	Seine	739	679	910	2 328
Calvados	4	0	3	7	Loiret	2	0	2	4	Seine-Maritime	38	47	28	113
Cantal	0	0	0	0	Lot	0	0	0	0	Seine-et-Marne	—	—	—	—
Charente	0	0	0	0	Lot-et-Garonne	1	1	4	6	Seine-et-Oise	5	6	20	31
Charente-Maritime	0	2	3	5	Lozère	0	0	0	0	Sèvres (Deux-)	0	0	0	0
Cher	0	0	0	0	Maine-et-Loire	1	1	1	3	Somme	7	1	5	13
Corrèze	0	0	0	0	Manche	2	0	2	4	Tarn	0	0	0	0
Corse	0	0	0	0	Marne	1	2	3	6	Tarn-et-Garonne	0	0	0	0
Côte-d'Or	0	7	6	13	Marne (Haute-)	0	0	0	0	Var	—	24	46	70
Côtes-du-Nord	0	0	0	0	Mayenne	1	—	—	1	Vaucluse	5	5	4	14
Creuse	0	0	0	0	Meurthe-et-Moselle	14	4	14	32	Vendée	0	0	0	0
Dordogne	0	0	0	0	Meuse	0	0	0	0	Vienne	0	0	0	0
Doubs	16	5	5	26	Morbihan	1	3	2	6	Vienne (Haute-)	1	0	3	4
Drôme	1	1	0	2	Moselle	6	15	15	36	Vosges	1	0	1	2
Eure	0	0	8	8	Nièvre	0	0	0	0	Yonne	0	1	0	1
Eure-et-Loir	0	1	2	3	Nord	18	18	19	55	Belfort (Ter. de)	4	4	2	10
Finistère	0	0	0	0	Oise	0	1	0	1					
Gard	1	1	2	4	Orne	0	0	—	0					
Garonne (Haute-)	5	12	9	26	Pas-de-Calais	3	0	2	5					
										<i>France entière.</i>	<i>1 125</i>	<i>1 085</i>	<i>1 389</i>	<i>3 599</i>

2° SYPHILIS PRIMAIRE ET SECONDAIRE

Départements	Janv.	Fév.	Mars	Tot.	Départements	Janv.	Fév.	Mars	Tot.	Départements	Janv.	Fév.	Mars	Tot.
Ain	0	0	1	1	Gers	0	0	0	0	Puy-de-Dôme	0	0	0	0
Aisne	1	0	1	2	Gironde	18	11	12	41	Pyrénées (Basses-)	0	0	0	0
Allier	0	0	0	0	Hérault	1	0	1	2	Pyrénées (Hautes-)	0	0	0	0
Alpes (Basses-)	0	0	0	0	Ille-et-Vilaine	1	3	1	5	Pyrénées-Orientales	0	0	0	0
Alpes (Hautes-)	0	0	0	0	Indre	1	0	0	1	Rhin (Bas-)	2	5	7	14
Alpes-Maritimes	1	4	2	7	Indre-et-Loire	1	0	0	1	Rhin (Haut-)	0	0	0	0
Ardèche	0	0	0	0	Isère	4	4	4	12	Rhône	12	16	14	42
Ardennes	0	0	0	0	Jura	0	0	0	0	Saône (Haute-)	0	1	0	1
Ariège	0	0	0	0	Landes	0	0	0	0	Saône-et-Loire	0	0	2	2
Aube	0	0	2	2	Loir-et-Cher	0	0	0	0	Sarthe	0	0	0	0
Aude	0	0	0	0	Loire	2	1	2	5	Savoie	0	0	1	1
Aveyron	0	0	0	0	Loire-Atlantique	0	0	0	0	Savoie (Haute-)	0	1	0	1
Bouches-du-Rhône	14	10	6	30	Loire (Haute-)	0	0	0	0	Seine	55	120	123	298
Calvados	0	0	1	1	Loiret	0	0	0	0	Seine-Maritime	2	2	3	7
Cantal	0	0	0	0	Lot	0	0	0	0	Seine-et-Marne	0	0	0	0
Charente	2	2	1	5	Lot-et-Garonne	0	0	0	0	Seine-et-Oise	1	2	11	14
Charente-Maritime	0	1	1	2	Lozère	0	0	0	0	Sèvres (Deux-)	0	0	3	3
Cher	0	0	0	0	Maine-et-Loire	2	0	1	3	Somme	4	3	0	7
Corrèze	0	0	0	0	Manche	0	0	0	0	Tarn	0	0	0	0
Corse	0	0	0	0	Marne	1	0	0	1	Tarn-et-Garonne	0	0	0	0
Côte-d'Or	0	4	0	4	Marne (Haute-)	0	0	0	0	Var	0	—	1	1
Côtes-du-Nord	0	0	0	0	Mayenne	0	0	0	0	Vaucluse	0	0	1	1
Creuse	0	0	0	0	Meurthe-et-Moselle	0	1	0	1	Vendée	0	0	0	0
Dordogne	0	0	0	0	Meuse	0	0	1	1	Vienne	0	0	2	2
Doubs	0	1	0	1	Morbihan	0	2	2	4	Vienne (Haute-)	1	0	0	1
Drôme	0	0	0	0	Moselle	3	2	2	7	Vosges	0	0	0	0
Eure	0	0	0	0	Nièvre	0	0	0	0	Yonne	0	0	0	0
Eure-et-Loir	0	0	0	0	Nord	7	5	0	12	Belfort (Ter. de)	0	0	0	0
Finistère	1	—	0	1	Oise	2	2	0	4					
Gard	0	0	0	0	Orne	—	0	0	0					
Garonne (Haute-)	1	0	1	2	Pas-de-Calais	0	0	2	2					
										France entière.	140	203	212	555

3° CHANCRE MOU

Départements	Janvier	Février	Mars	Total
Bouches-du-Rhône	1	3	4	8
Gironde	0	0	1	1
Isère	0	0	1	1
Rhône	0	1	1	2
Seine	0	1	0	1
Seine-Maritime	2	4	7	13
Var	0	0	4	4
<i>Total</i>	<i>3</i>	<i>9</i>	<i>18</i>	<i>30</i>

4° MALADIE DE NICOLAS-FAVRE

Département	Janvier	Février	Mars	Total
Gironde	0	1	0	1
<i>Total</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	<i>1</i>

5° INDICE DE MORBIDITÉ DE LA BLENNORRAGIE ET DE LA SYPHILIS

AU COURS DU PREMIER TRIMESTRE 1960

Indices calculés sur la base annuelle et rapportés à 100 000 habitants.

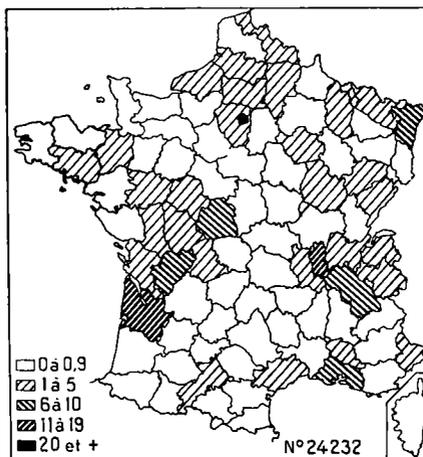
Départements	Blennorragie	Syphilis	Départements	Blennorragie	Syphilis	Départements	Blennorragie	Syphilis
Ain	0	1,2	Gers	0	0	Puy-de-Dôme	4,8	0
Aisne	2,3	1,5	Gironde	62,6	17,5	Pyrénées (Basses-)	14,5	0
Allier	3,2	0	Hérault	11,5	1,6	Pyrénées (Hautes-)	0	0
Alpes (Basses-)	0	0	Ille-et-Vilaine	4,7	3,3	Pyrénées-Orientales	3,4	0
Alpes (Hautes-)	0	0	Indre	16,1	9,6	Rhin (Bas-)	17,3	7,6
Alpes-Maritimes	65,3	5,1	Indre-et-Loire	2,2	1,1	Rhin (Haut-)	8,9	0
Ardèche	1,6	0	Isère	7,7	7,1	Rhône	41,2	16,3
Ardennes	1,3	0	Jura	0	0	Saône (Haute-)	3,7	1,8
Ariège	0	0	Landes	0	0	Saône-et-Loire	4,5	1,5
Aube	6,4	3,2	Loir-et-Cher	1,6	0	Sarthe	0	0
Aude	0	0	Loire	20,5	2,9	Savoie	8,9	1,5
Aveyron	0	0	Loire-Atlantique	1,9	0	Savoie (Haute-)	8,9	1,3
Bouches-du-Rhône	79,4	10	Loire (Haute-)	4,5	0	Seine	166	21,2
Calvados	5,8	0,8	Loiret	4,2	0	Seine-Maritime	44	2,7
Cantal	0	0	Lot	0	0	Seine-et-Marne	0	0
Charente	0	6,2	Lot-et-Garonne	8,8	0	Seine-et-Oise	6,1	2,7
Charente-Maritime	4,2	1,7	Lozère	0	0	Sèvres (Deux-)	0	3,7
Cher	0	0	Maine-et-Loire	2,2	2,2	Somme	10,8	5,8
Corrèze	0	0	Manche	3,4	0	Tarn	0	0
Corse	0	0	Marne	5,5	0,9	Tarn-et-Garonne	0	0
Côte-d'Or	13,7	4,2	Marne (Haute-)	0	0	Var	6,2	0,9
Côtes-du-Nord	0	0	Mayenne	1,6	0	Vaucluse	19,4	1,4
Creuse	0	0	Meurthe-et-Moselle	19,2	0,6	Vendée	0	0
Dordogne	0	0	Meuse	0	1,8	Vienne	0	2,4
Doubs	29,3	1,1	Morbihan	4,5	3	Vienne (Haute-)	5	1,2
Drôme	2,7	0	Moselle	16,4	3,2	Vosges	2	0
Eure	9,1	0	Nièvre	0	0	Yonne	1,5	0
Eure-et-Loir	4,4	0	Nord	9,9	2,1	Belfort (Ter. de)	36,6	0
Finistère	0	0,5	Oise	0,8	3,3			
Gard	3,8	0	Orne	0	0			
Garonne (Haute-)	18,6	1,4	Pas-de-Calais	1,5	0,6			
						<i>France entière.</i>	<i>31,8</i>	<i>4,9</i>

6° VARIATIONS DÉPARTEMENTALES DES INDICES DE MORBIDITÉ DES MALADIES VÉNÉRIENNES

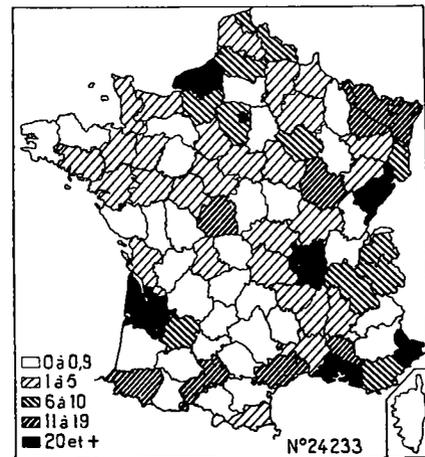
AU COURS DU PREMIER TRIMESTRE 1960

Indices calculés sur la base annuelle et rapportés à 100 000 habitants.

SYPHILIS



BLENNORRAGIE



**II. — Renseignements statistiques concernant le fonctionnement des Dispensaires antivénéériens
au cours du premier trimestre 1960.**

1° FONCTIONNEMENT DES CONSULTATIONS ANTIVÉNÉRIENNES

Départements	Nombre de consultations données				Nb. de séances de consul.	Départements	Nombre de consultations données				Nb. de séances de consul.
	H.	F.	E.	T.			H.	F.	E.	T.	
Ain	115	73	—	188	31	Dordogne	22	14	0	36	23
Aisne	364	526	5	895	134	Doubs	1 341	799	40	2 180	—
Allier	414	794	10	1 218	75	Drôme	884	643	94	1 621	41
Alpes (Basses-)	11	57	0	68	12	Eure	260	239	20	519	151
Alpes (Hautes-)	6	22	0	28	20	Eure-et-Loir	253	160	6	419	87
Alpes-Maritimes	2 803	5 191	62	8 056	346	Finistère	186	42	0	228	37
Ardèche	48	105	19	172	31	Gard	1 121	2 542	80	3 743	—
Ardennes	163	192	—	355	78	Garonne (Haute-)	2 067	4 568	157	6 792	430
Ariège	6	2	0	8	3	Gers	129	280	2	411	59
Aube	1 707	769	7	2 483	71	Gironde	1 325	4 176	291	5 792	423
Aude	219	405	0	624	—	Hérault	1 135	939	90	2 164	188
Aveyron	187	476	0	663	39	Ille-et-Vilaine	516	231	64	811	176
Bouches-du-Rhône	7 794	10 260	513	18 567	431	Indre	104	162	10	276	25
Calvados	1 062	1 433	104	2 599	130	Indre-et-Loire	913	1 430	229	2 572	—
Cantal	85	123	0	208	25	Isère	2 721	1 937	80	4 738	232
Charente	376	691	136	1 203	80	Jura	140	336	1	477	49
Charente-Maritime	823	1 661	100	2 584	188	Landes	163	338	0	501	75
Cher	110	37	5	152	67	Loir-et-Cher	86	92	55	233	103
Corrèze	88	211	0	299	59	Loire	1 119	889	26	2 034	252
Corse	189	294	6	489	92	Loire-Atlantique	982	1 324	186	2 492	216
Côte-d'Or	—	—	—	—	—	Loire (Haute-)	144	108	—	252	37
Côtes-du-Nord	91	30	273	394	113	Loiret	393	412	8	813	64
Creuse	3	2	1	6	13	Lot	132	295	—	427	61

FONCTIONNEMENT DES CONSULTATIONS ANTIVÉNÉRIENNES (suite).

Départements	Nombre de consultations données				Nb. de séances de consul.	Départements	Nombre de consultations données				Nb. de séances de consul.
	H.	F.	E.	T.			H.	F.	E.	T.	
Lot-et-Garonne	525	788	24	1 337	194	Saône (Haute-)	49	86	129	264	48
Lozère	9	4	—	13	18	Saône-et-Loire	342	190	10	542	106
Maine-et-Loire	653	514	252	1 419	138	Sarthe	80	10	—	90	31
Manche	116	166	7	289	98	Savoie	297	567	11	875	163
Marne	494	813	621	1 928	208	Savoie (Haute-)	283	251	22	556	59
Marne (Haute-)	310	446	14	770	74	Seine	65 512	30 701	751	96 964	3 393
Mayenne	67	17	14	98	39	Seine-Maritime	5 029	3 221	304	8 554	359
Meurthe-et-Moselle	2 658	2 210	283	5 151	—	Seine-et-Marne	610	1 111	37	1 758	231
Meuse	54	143	5	202	51	Seine-et-Oise	—	—	—	8 586	483
Morbihan	240	125	1	366	67	Sèvres (Deux-)	142	47	—	189	61
Moselle	1 539	2 578	170	4 287	190	Somme	1 845	1 570	79	3 494	207
Nièvre	47	4	—	51	37	Tarn	535	1 182	—	1 717	138
Nord	5 329	5 371	1 253	11 953	674	Tarn-et-Garonne	266	444	43	753	39
Oise	610	520	67	1 197	87	Var	1 640	4 912	111	6 663	498
Orne	95	115	10	220	22	Vaucluse	405	1 035	310	1 750	227
Pas-de-Calais	938	1 198	52	2 188	227	Vendée	0	0	0	0	0
Puy-de-Dôme	988	1 606	44	2 638	218	Vienne	58	88	2	148	—
Pyrénées (Basses-)	559	665	178	1 402	91	Vienne (Haute-)	47	47	11	105	34
Pyrénées (Hautes-)	375	423	—	798	50	Vosges	415	395	35	845	113
Pyrénées-Orientales	636	1 038	28	1 702	87	Yonne	169	94	10	273	34
Rhin (Bas-)	1 321	1 644	61	3 026	249	Belfort (Ter. de)	459	683	15	1 157	44
Rhin (Haut-)	1 053	969	43	2 065	147						
Rhône	9 221	5 931	965	16 117	358						
						France entière.	138 820	119 232	8 652	275 290	14 359

2° FONCTIONNEMENT DU SERVICE SOCIAL ANTIVÉNÉRIEN

	Hommes	Femmes	Enfants	Total
Nombre de personnes visitées à domicile.....	3 214	5 252	1 374	9 840
Nombre de personnes ramenées au traitement par le Service social.....	2 680	2 385	171	5 235
Nombre de personnes amenées aux consultations pour la première fois pour examen ou traitement (enquêtes épidémiologiques, etc.).....	1 195	1 319	279	2 793

3° FONCTIONNEMENT DU FICHIER SANITAIRE ET SOCIAL DE LA PROSTITUTION

	Mineures	Majeures	Total
Nombre de femmes inscrites au fichier, visitées pendant le trimestre.....	26	9 696	9 722
Nombre de femmes inscrites au fichier, qui ont dû être hospitalisées pour maladies vénériennes contagieuses.....	—	174	174

4° RÉSULTATS DES EXAMENS PRATIQUÉS SUR DES CONSULTANTS NOUVEAUX
ET BÉNÉVOLES

Résultats des examens cliniques et sérologiques	Hommes	Femmes	Enfants	Total
Personnes reconnues indemnes	6 426	3 592	433	10 451
Syphilis :				
congénitale	36	25	37	98
primaire	162	30	0	192
secondaire	124	58	0	182
ancienne avec manifestations cliniques	160	73	2	235
sérologique cliniquement latente	659	321	28	1 008
Blennorrhagie	1 965	248	5	2 218
Chancre mou	26	4	0	30
Maladie de Nicolas-Favre	0	0	0	0
Dermatoses non syphilitiques	10 357	7 864	2 851	21 072
<i>Total</i>	<i>19 915</i>	<i>12 215</i>	<i>3 356</i>	<i>35 486</i>

5° RÉSULTATS DES EXAMENS PRATIQUÉS SUR DES SUJETS SOUMIS A UN EXAMEN SYSTÉMATIQUE

A. — EXAMENS PRATIQUÉS AU TITRE DE LA LÉGISLATION SUR LA PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE

Résultats des examens cliniques et sérologiques	Examens pré-nuptiaux			Examens pré- et post-nataux				
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Nourrissons	Enfants de + de 2 ans
Personnes reconnues indemnes	7 630	8 437	16 067	1 092	19 509	20 601	1 729	968
Syphilis :								
congénitale	2	0	2	0	12	12	12	6
primaire	1	2	3	0	2	2	0	0
secondaire	2	2	4	0	4	4	0	0
ancienne avec manifestations cliniques	0	0	0	0	4	4	0	0
sérologique cliniquement latente	29	20	49	7	61	68	0	1
Blennorrhagie	5	0	5	2	6	8	0	0
Chancre mou	0	0	0	0	0	0	0	0
Maladie de Nicolas-Favre	0	0	0	0	0	0	0	0
Dermatoses non syphilitiques	0	0	0	0	11	11	9	13
<i>Totaux</i>	7 669	8 461	16 130	1 101	19 609	20 710	1 750	988

B. — EXAMENS DE SANTÉ PRATIQUÉS AU TITRE DE LA LÉGISLATION SUR LA SÉCURITÉ SOCIALE

Résultats des examens cliniques et sérologiques	Hommes	Femmes	Enfants	Total
Personnes reconnues indemnes	404	683	4	1 091
Syphilis :				
congénitale	6	2	0	8
primaire	0	0	0	0
secondaire	0	1	1	2
ancienne avec manifestations cliniques	1	1	0	2
sérologique cliniquement latente	39	7	0	46
Blennorrhagie	0	0	0	0
Chancre mou	0	0	0	0
Maladie de Nicolas-Favre	0	0	0	0
Dermatoses non syphilitiques	47	78	0	125
<i>Totaux</i>	497	772	5	1 274

C. — EXAMENS PRATIQUÉS AU TITRE DE LA LÉGISLATION SUR L'IMMIGRATION

Résultats des examens cliniques et sérologiques	Hommes	Femmes	Total
Personnes reconnues indemnes	1 545	1 644	3 189
Syphilis :			
congénitale	1	1	2
primaire	0	0	0
secondaire	2	3	5
ancienne avec manifestations cliniques	0	0	0
sérologique cliniquement latente	22	10	32
Blennorrhagie	34	0	34
Chancre mou	0	0	0
Maladie de Nicolas-Favre	0	0	0
Dermatoses non syphilitiques	0	0	0
<i>Totaux</i>	1 604	1 658	3 262

D. — EXAMENS PRATIQUÉS AU TITRE D'AUTRES LÉGISLATIONS

Résultats des examens cliniques et sérologiques	Détenus			Prostituées
	Hommes	Femmes	Total	
Personnes reconnues indemnes	13 530	817	14 347	8 735
Syphilis :				
congénitale	0	0	0	0
primaire	4	0	4	23
secondaire	8	2	10	46
ancienne avec manifestations cliniques	20	0	20	0
sérologique cliniquement latente	216	17	233	41
Blennorrhagie	44	2	46	1 016
Chancre mou	1	0	1	0
Maladie de Nicolas-Favre	0	0	0	0
Dermatoses non syphilitiques	330	24	354	47
<i>Totaux</i>	14 153	862	15 015	9 908

6° NATURE ET RÉSULTATS DES EXAMENS
DE LABORATOIRE PRATIQUÉS

Nature des examens pratiqués		Résultats	
		Positifs	Négatifs
Examens sérologiques.	Sang	8 584	78 897
	Liquide C.-R.	91	487
	<i>Total</i>	8 675	79 384
Examens microbiologiques.	Tréponèmes	134	344
	Gonocoques	3 459	28 007
	<i>Total</i>	3 593	28 351

7° PRINCIPAUX MÉDICAMENTS ANTIVÉNÉRIENS UTILISÉS

A. — PRÉPARATIONS ARSENICALES, BISMUTHIQUES ET MERCURIELLES

Nature du produit	Mode d'emploi	Nombre d'injections faites
Préparations arsenicales.	Injections intraveineuses.	101
	Injections intramusculaires.	2 143
Préparations bismuthiques.	Injections intramusculaires.	55 609
Préparations mercurielles.	Injections.	7 028
	Autres voies.	476

B. — PÉNICILLINE ET SULFAMIDES

Nature du produit	Nombre de malades traités	Doses employées (médicaments fournis par les Dispensaires)
Pénicilline :		
pour le traitement de la syphilis.	3 819	27 125 millions d'unités.
pour le traitement de la blennorrhagie	1 408	2 715 » »
Sulfamides	1 886	17 466 grammes.

PÉDIATRIE

LA MORTALITÉ FŒTO-INFANTILE EN 1959

(FRANCE ENTIÈRE)

L'évolution de la mortalité fœto-infantile s'est poursuivie favorablement : son taux est passé de 48,5 ‰ en 1958 à 45,5 ‰ en 1959.

Le taux de mortalité infantile proprement dite a diminué de 7,4 ‰ (25,2 ‰ en 1959 au lieu de 27,2 ‰ l'année précédente).

La mortinatalité diminue également en 1959 (baisse de 4 ‰). Son taux, resté stationnaire à 22,8 ‰ de 1955 à 1957, a diminué en 1958, passant de 22,8 à 22 ‰. Cette évolution s'est poursuivie en 1959, où le taux de mortinatalité s'établit à 21 ‰.

Les chiffres pour la France entière sont les suivants :

	1958	1959
Enfants déclarés vivants	805 899	823 009
Mort-nés (et enfants sans vie au moment de la déclaration de naissance)	18 160	17 787
Décès d'enfants de moins d'un an	21 887	20 767

Les taux correspondants s'établissent comme suit :

Mortalité fœto-infantile (pour 1 000 naissances)	48,5	45,5
Mortinatalité (pour 1 000 naissances)	22	21
Mortalité infantile (pour 1 000 enfants nés vivants)	27,2	25,2

Ce sont là, comme nous l'indiquons chaque année depuis 1956, les taux que l'on peut qualifier de traditionnels : on sait, en effet, que le taux de mortalité infantile et celui de la mortinatalité sont faussés, dans notre pays, par l'existence de « faux mort-nés », c'est-à-dire d'enfants nés vivants, mais décédés avant que la déclaration de naissance n'ait été faite. Ils sont comptés légalement avec les mort-nés.

Ces cas viennent augmenter à tort le taux de mortalité au détriment du taux de mortalité infantile (le taux de mortalité fœto-infantile n'étant évidemment pas affecté par ces transferts).

Grâce à la mention « enfants ayant respiré » portée sur certains bulletins d'enfants mort-nés ou présentement sans vie, on peut établir des taux rectifiés, plus proches de la vérité que les taux traditionnels, et qui peuvent être comparés plus valablement aux taux des autres pays.

Il y a eu, en 1959, 3 757 « faux mort-nés » (enfants ayant respiré, mais décédés avant la déclaration de leur naissance).

Voici les taux rectifiés de 1959, avec un rappel de ceux de 1958 :

	1958		1959	
	Nombre	Taux rectifié	Nombre	Taux rectifié
Faux mort-nés	3 796		3 757	
Mortinatalité	14 364	17,4	14 030	16,9
Décès d'enfants de moins d'un an	25 683		24 524	
Mortalité infantile		31,7		29,7

Sur le plan départemental, nous ne possédons que les taux traditionnels, non rectifiés. On les trouvera ci-après, répartis en 4 tableaux;

— tableau I : taux de mortalité fœto-infantile, de mortalité infantile, et de mortinatalité en 1959;

— tableau II : taux de mortalité infantile (décès de 0 à 1 an); moyenne de 1954/1955/1956, rappel des taux de 1958, taux de 1959, comparaison entre la moyenne précitée et les taux de 1959;

— tableau III : mêmes renseignements pour les taux de mortinatalité;

— tableau IV : mêmes renseignements pour les taux de mortalité fœto-infantile (mortinatalité et décès de 0 à 1 an).

On peut noter ainsi que le taux de mortalité fœto-infantile le plus élevé en 1959 est celui de la Corse : il est de 62,5 ‰; on avait constaté dans ce département, en 1958, une baisse importante, qui ne s'est pas poursuivie. Ensuite vient le département de la Somme, avec un taux de 61 ‰, en légère augmentation par rapport à 1958; puis la Moselle, dont le taux baisse cependant, puisqu'il s'établit à 59 ‰ contre 66 ‰ en 1958. Ce département est suivi par le Nord (58 ‰) et les Ardennes (56 ‰). Quant au taux du département du Pas-de-Calais, naguère le plus élevé de France, il continue à décroître et s'établit en 1959 à 55 ‰. Les départements les plus favorisés sont le Gers (33 ‰), l'Ain (34 ‰), le Lot-et-Garonne (35 ‰), les Alpes-Maritimes, la Côte-d'Or et les Basses-Alpes (36 ‰).

En ce qui concerne la mortalité infantile proprement dite, il faut signaler comme particulièrement défavorisés la Corse (43 ‰) et la Somme (41 ‰). Dans le Cantal, dont le taux était très élevé en 1958, on constate une nette diminution. Les taux les plus bas sont enregistrés dans les

Alpes-Maritimes et dans la Haute-Vienne (14 ‰). Il ne s'agit pas d'un phénomène accidentel, mais d'une nouvelle amélioration d'une situation déjà excellente antérieurement. Malheureusement, comme on le verra plus loin, les résultats de ces 2 départements sont beaucoup moins bons pour les mort-nés.

En ce qui concerne la mortinatalité, les taux les plus élevés ont été notés, comme l'année précédente, dans la Loire (32 ‰) et le Loir-et-Cher (29 ‰).

En 1958, on notait déjà dans quelques départements que la mortinatalité était beaucoup plus élevée que la mortalité infantile proprement dite. Cette année, des départements encore plus nombreux présentent cette dissociation entre de bonnes conditions post-natales et des conditions prénatales et contemporaines de la naissance beaucoup moins satisfaisantes. C'est le cas, notamment, des Alpes-Maritimes (taux de mortinatalité : 22 ‰) et surtout de la Haute-Vienne (taux de mortinatalité : 24 ‰).

MORTALITÉ INFANTILE PAR TRANCHE D'ÂGE ET PAR CAUSE INCRIMINÉE

Les tableaux V et VI indiquent ces taux pour la France entière en 1958 et 1959.

La mortalité post-néo-natale (entre un mois et un an) continue à diminuer, plus que la mortalité néo-natale (0 à 27 jours); cette dernière s'établit à 13,8 décès pour 1 000 enfants nés vivants, et elle représente 54,8 % de la mortalité de la première année.

Le tableau de la mortalité infantile par cause incriminée montre une répartition très voisine de celle de 1958. L'importance de la rubrique « toxicose » continue à diminuer lentement.

En résumé, la mortalité fœto-infantile a baissé de 6,2 % en 1959. C'est la mortalité post-néo-natale qui a le plus diminué. Cependant, l'amélioration porte sur toutes les tranches d'âge et la mortinatalité décroît également.

Travail de la Section Pédiatrie présenté par

F. ALISON et M^{me} CORONE.

TABLEAU I

Mortinatalité. Mortalité infantile. Mortalité fœto-infantile
(année 1959).

Départements	Mortalité fœto-infantile	Mortalité infantile	Mortinatalité
Ain	34	16	19
Aisne	51	28	24
Allier	40	18	22
Alpes (Basses-)	36	15	21
Alpes (Hautes-)	45	18	27
Alpes-Maritimes	36	14	22
Ardèche	41	23	18
Ardennes	56	31	26
Ariège	42	24	18
Aube	41	25	17
Aude	42	19	24
Aveyron	48	22	27
Bouches-du-Rhône	46	25	22
Calvados	50	28	22
Cantal	49	32	18
Charente	42	26	17
Charente-Maritime	42	22	21
Cher	53	31	23
Corrèze	50	28	23
Corse	62	43	21
Côte-d'Or	36	19	17
Côtes-du-Nord	49	29	20
Creuse	43	24	20
Dordogne	42	26	16
Doubs	49	28	22
Drôme	37	21	17
Eure	48	24	24
Eure-et-Loir	38	17	21
Finistère	43	24	19
Gard	48	25	23
Garonne (Haute-)	45	29	17
Gers	33	18	15
Gironde	40	23	17
Hérault	46	21	26
Ille-et-Vilaine	52	29	23
Indre	42	24	18
Indre-et-Loire	38	19	19
Isère	40	20	20
Jura	46	24	22
Landes	43	28	15
Loir-et-Cher	54	25	29
Loire	56	25	32
Loire-Atlantique	39	21	19
Loire (Haute-)	39	23	16
Loiret	45	23	22
Lot	44	24	20
Lot-et-Garonne	35	19	17
Lozère	48	26	22
Maine-et-Loire	40	22	18
Manche	44	25	20
Marne	54	28	27
Marne (Haute-)	51	27	24
Mayenne	42	26	16
Meurthe-et-Moselle	47	26	21
Meuse	46	26	21
Morbihan	50	27	23

TABLEAU I (suite).

Départements	Mortalité fœto-infantile	Mortalité infantile	Mortinatalité
Moselle	59	35	25
Nièvre	46	27	20
Nord	58	34	25
Oise	44	24	21
Orne	47	25	23
Pas-de-Calais	55	33	23
Puy-de-Dôme	48	25	24
Pyrénées (Basses-)	45	27	18
Pyrénées (Hautes-)	37	18	20
Pyrénées-Orientales	46	29	17
Rhin (Bas-)	51	31	20
Rhin (Haut-)	52	30	22
Rhône	40	24	16
Saône (Haute-)	50	30	21
Saône-et-Loire	47	25	22
Sarthe	49	27	23
Savoie	44	26	18
Savoie (Haute-)	47	26	21
Seine	39	20	19
Seine-Maritime	47	25	22
Seine-et-Marne	44	23	21
Seine-et-Oise	41	21	21
Sèvres (Deux-)	39	19	19
Somme	61	41	21
Tarn	43	23	21
Tarn-et-Garonne	48	32	17
Var	46	25	21
Vaucluse	46	23	24
Vendée	39	19	20
Vienne	40	22	18
Vienne (Haute-)	37	14	24
Vosges	46	22	24
Yonne	48	26	22
Territ. de Belfort	44	22	22
<i>France entière</i>	45,5	25,2	21

TABLEAU II

Mortalité infantile.
Taux pour 1 000 naissances vivantes.

Départements	Moyenne 1954-1956	1958 (rappel)	1959	Différence entre la moyenne 1954-1956 et 1959 (%)
Ain	32	21	16	- 50
Aisne	40	35	28	- 30
Allier	29	25	18	- 33
Alpes (Basses-)	27	26	15	- 44
Alpes (Hautes-)	26	17	18	- 31
Alpes-Maritimes	23	15	14	- 39
Ardèche	39	25	23	- 41
Ardennes	42	33	31	- 26
Ariège	33	22	24	- 27
Aube	36	27	25	- 31
Aude	23	22	19	- 17
Aveyron	35	23	22	- 37
Bouches-du-Rhône	28	25	25	- 11
Calvados	34	29	28	- 18
Cantal	47	41	32	- 32
Charente	35	29	26	- 26
Charente-Maritime	27	24	22	- 18
Cher	32	27	31	- 3
Corrèze	31	30	28	- 10
Corse	56	33	43	- 23
Côte-d'Or	26	21	19	- 27
Côtes-du-Nord	39	29	29	- 26
Creuse	39	29	24	- 38
Dordogne	33	33	27	- 18
Doubs	36	28	28	- 22
Drôme	29	21	21	- 28
Eure	34	27	24	- 29
Eure-et-Loir	29	23	17	- 41
Finistère	33	25	24	- 27
Gard	35	23	25	- 29
Garonne (Haute-)	36	28	29	- 19
Gers	29	36	18	- 38
Gironde	28	22	23	- 18
Hérault	30	23	21	- 30
Ille-et-Vilaine	40	30	29	- 27
Indre	31	29	24	- 23
Indre-et-Loire	25	26	19	- 24
Isère	30	24	20	- 33
Jura	31	24	24	- 23
Landes	38	28	28	- 26
Loir-et-Cher	29	26	25	- 14
Loire	33	25	25	- 24
Loire-Atlantique	30	23	21	- 30
Loire (Haute-)	41	34	23	- 44
Loiret	30	25	23	- 23
Lot	36	30	24	- 33
Lot-et-Garonne	27	23	19	- 30
Lozère	46	24	26	- 43
Maine-et-Loire	30	24	22	- 27
Manche	34	31	25	- 26
Marne	33	31	28	- 15
Marne (Haute-)	34	33	27	- 21
Mayenne	39	28	26	- 33
Meurthe-et-Moselle	36	29	26	- 28

TABLEAU II (suite).

Départements	Moyenne 1954-1956	1958 (rappel)	1959	Différence entre la moyenne 1954-1956 et 1959 (%)
Meuse	32	26	26	- 19
Morbihan	38	28	27	- 29
Moselle	41	42	35	- 15
Nièvre	32	24	27	- 16
Nord	49	38	34	- 31
Oise	39	30	24	- 38
Orne	36	25	25	- 31
Pas-de-Calais	58	36	33	- 43
Puy-de-Dôme	34	28	25	- 26
Pyrénées (Basses-)	32	28	27	- 16
Pyrénées (Hautes-)	27	20	18	- 33
Pyrénées-Orientales	41	31	29	- 29
Rhin (Bas-)	34	29	31	- 9
Rhin (Haut-)	30	27	30	0
Rhône	28	23	24	- 14
Saône (Haute-)	38	31	30	- 21
Saône-et-Loire	29	23	25	- 14
Sarthe	35	26	27	- 23
Savoie	35	24	26	- 26
Savoie (Haute-)	31	25	26	- 16
Seine	25	21	20	- 20
Seine-Maritime	38	27	25	- 34
Seine-et-Marne	31	26	23	- 26
Seine-et-Oise	25	23	21	- 16
Sèvres (Deux-)	32	25	19	- 41
Somme	51	37	41	- 20
Tarn	28	23	23	- 18
Tarn-et-Garonne	39	37	32	- 18
Var	29	23	25	- 14
Vaucluse	33	24	23	- 30
Vendée	29	22	19	- 35
Vienne	29	26	22	- 24
Vienne (Haute-)	24	19	14	- 42
Vosges	29	27	22	- 24
Yonne	31	26	26	- 16
Territ. de Belfort	51	19	22	- 57
France entière	34	27	25	- 26

TABLEAU III

Mortinatalité.

Taux pour 1 000 naissances vivantes.

Départements	Moyenne 1954-1956	1958 (rappel)	1959	Différence entre la moyenne 1954-1956 et 1959 (%)
Ain	21	21	19	- 9,5
Aisne	21	21	24	+14
Allier	23	23	22	+ 4
Alpes (Basses-)	23	21	21	- 9
Alpes (Hautes-)	29	23	27	- 7
Alpes-Maritimes	25	22	22	-12
Ardèche	20	17	18	-10
Ardennes	23	24	26	+13
Ariège	19	23	18	- 5
Aube	18	21	17	- 6
Aude	25	22	24	- 4
Aveyron	27	21	27	0
Bouches-du-Rhône	22	24	22	0
Calvados	23	23	22	- 4
Cantal	20	21	18	-10
Charente	22	21	17	-23
Charente-Maritime	21	22	21	0
Cher	26	24	23	-11
Corrèze	22	23	23	+ 5
Corse	18	16	21	+17
Côte-d'Or	22	23	17	-23
Côtes-du-Nord	23	21	20	-13
Creuse	18	22	20	+11
Dordogne	20	22	16	-20
Doubs	24	24	22	- 8
Drôme	19	19	17	-10
Eure	24	28	24	0
Eure-et-Loir	24	26	21	-12
Finistère	22	21	19	-14
Gard	22	23	23	+ 5
Garonne (Haute-)	17	18	17	0
Gers	17	15	15	-12
Gironde	18	18	17	- 6
Hérault	21	19	26	+24
Ille-et-Vilaine	24	25	23	- 4
Indre	21	20	18	-14
Indre-et-Loire	23	22	19	-17
Isère	20	20	20	0
Jura	24	22	22	- 8
Landes	18	18	15	-17
Loir-et-Cher	24	29	29	+21
Loire	33	29	32	- 3
Loire-Atlantique	20	19	19	- 5
Loire (Haute-)	16	23	16	0
Loiret	20	20	22	+10
Lot	21	19	20	- 5
Lot-et-Garonne	23	22	17	-26
Lozère	17	20	22	+29
Maine-et-Loire	22	18	18	-18
Manche	25	22	20	-20
Marne	27	26	27	0
Marne (Haute-)	22	26	24	+ 9
Mayenne	23	21	16	-30
Meurthe-et-Moselle	25	24	21	-16

TABLEAU III (suite).

Départements	Moyenne 1954-1956	1958 (rappel)	1959	Différence entre la moyenne 1954-1956 et 1959 (%)
Meuse	20	21	21	+ 5
Morbihan	26	27	23	-11
Moselle	24	25	25	+ 4
Nièvre	25	23	20	-20
Nord	26	25	25	- 4
Oise	21	19	21	0
Orne	22	22	23	+ 5
Pas-de-Calais	24	25	23	- 4
Puy-de-Dôme	25	25	24	- 4
Pyrénées (Basses-)	19	17	18	- 5
Pyrénées (Hautes-)	25	21	20	-20
Pyrénées-Orientales	20	18	17	-15
Rhin (Bas-)	21	22	20	- 5
Rhin (Haut-)	24	22	22	- 8
Rhône	19	18	16	-16
Saône (Haute-)	24	20	21	-12
Saône-et-Loire	23	22	22	- 4
Sarthe	23	24	23	0
Savoie	23	24	18	-22
Savoie (Haute-)	22	19	21	- 5
Seine	24	19	19	-21
Seine-Maritime	25	25	22	-12
Seine-et-Marne	21	22	21	0
Seine-et-Oise	23	23	21	- 9
Sèvres (Deux-)	20	22	19	- 5
Somme	23	20	21	- 9
Tarn	20	19	21	+ 5
Tarn-et-Garonne	19	20	17	-10
Var	17	16	21	+23
Vaucluse	27	24	24	-11
Vendée	19	18	20	+ 5
Vienne	22	20	18	-18
Vienne (Haute-)	26	24	24	- 8
Vosges	26	27	24	- 8
Yonne	18	22	22	+22
Territ. de Belfort	33	25	22	-33
<i>France entière</i>	23	22	21	- 9

TABLEAU IV

Mortalité fœto-infantile.

Départements	Moyenne 1954-1956	1958 (rappel)	1959	Différence entre la moyenne 1954-1956 et 1959 (%)
Ain	53	42	34	-36
Aisne	61	55	51	-16
Allier	52	48	40	-23
Alpes (Basses-)	50	46	36	-28
Alpes (Hautes-)	54	39	45	-17
Alpes-Maritimes	48	37	36	-25
Ardèche	58	42	41	-29
Ardennes	64	57	56	-12
Ariège	52	45	42	-19
Aube	53	47	41	-23
Aude	47	43	42	-11
Aveyron	61	43	48	-21
Bouches-du-Rhône	50	49	46	-8
Calvados	57	51	50	-12
Cantal	67	61	49	-27
Charente	56	50	42	-25
Charente-Maritime	48	45	42	-12
Cher	57	50	53	-7
Corrèze	52	52	50	-4
Corse	72	48	62	-14
Côte-d'Or	47	43	36	-23
Côtes-du-Nord	61	50	49	-20
Creuse	57	49	43	-25
Dordogne	53	54	42	-21
Doubs	59	52	49	-17
Drôme	47	39	37	-21
Eure	58	55	48	-17
Eure-et-Loir	52	48	38	-27
Finistère	54	45	43	-20
Gard	52	46	48	-8
Garonne (Haute-)	53	46	45	-15
Gers	46	50	33	-28
Gironde	46	40	40	-13
Hérault	51	41	46	-10
Ille-et-Vilaine	63	55	52	-17
Indre	51	49	42	-18
Indre-et-Loire	47	48	38	-19
Isère	50	43	40	-20
Jura	54	46	46	-15
Landes	55	45	43	-22
Loir-et-Cher	53	54	54	+2
Loire	65	53	56	-14
Loire-Atlantique	50	42	39	-22
Loire (Haute-)	56	56	39	-30
Loiret	50	45	45	-10
Lot	56	47	44	-21
Lot-et-Garonne	49	44	35	-29
Lozère	62	44	48	-23
Maine-et-Loire	51	42	40	-22
Manche	58	52	44	-24
Marne	59	57	54	-8
Marne (Haute-)	55	59	51	-7
Mayenne	60	48	42	-30
Meurthe-et-Moselle	61	52	47	-23

TABLEAU IV (suite).

Départements	Moyenne 1954-1956	1958 (rappel)	1959	Différence entre la moyenne 1954-1956 et 1959 (%)
Meuse	52	47	46	-11
Morbihan	63	54	50	-21
Moselle	64	66	59	-8
Nièvre	56	46	46	-18
Nord	72	63	58	-19
Oise	59	48	44	-25
Orne	57	47	47	-18
Pas-de-Calais	81	60	55	-32
Puy-de-Dôme	58	53	48	-17
Pyrénées (Basses-)	51	45	45	-12
Pyrénées (Hautes-)	51	40	37	-27
Pyrénées-Orientales	60	49	46	-23
Rhin (Bas-)	55	51	51	-7
Rhin (Haut-)	53	48	52	-19
Rhône	47	41	40	-15
Saône (Haute-)	61	51	50	-18
Saône-et-Loire	52	45	47	-10
Sarthe	58	50	49	-15
Savoie	57	48	44	-23
Savoie (Haute-)	53	44	47	-11
Seine	48	40	39	-19
Seine-Maritime	62	51	47	-24
Seine-et-Marne	51	48	44	-14
Seine-et-Oise	48	45	41	-15
Sèvres (Deux-)	52	46	39	-25
Somme	74	57	61	-18
Tarn	48	42	43	-10
Tarn-et-Garonne	58	56	48	-17
Var	46	39	46	0
Vaucluse	59	47	46	-22
Vendée	48	40	39	-19
Vienne	51	46	40	-22
Vienne (Haute-)	49	42	37	-24
Vosges	54	53	46	-15
Yonne	49	47	48	-2
Territ. de Belfort	83	44	44	-47
<i>France entière</i>	56	48,5	45,5	-18,8

TABLEAU V
Mortalité par tranche d'âge.

	Nombre de décès en 1959	Taux pour 100 décès de 0 à 1 an		Taux pour 1000 survivants	
		1958	1959	1958	1959
0 à 6 jours	8 512	39,9	41	10,8	10,3
7 à 27 jours	2 858	13,7	13,8	3,8	3,5
28 à 90 jours	3 251	15,5	15,6	4,3	4
91 à 180 jours	2 698	13,6	13	3,8	3,3
181 à 364 jours	3 443	17,1	16,6	4,8	4,3
0 à 27 jours	11 370	53,8	54,8	14,6	13,8
28 à 364 jours	9 397	46,3	45,2	12,8	11,5

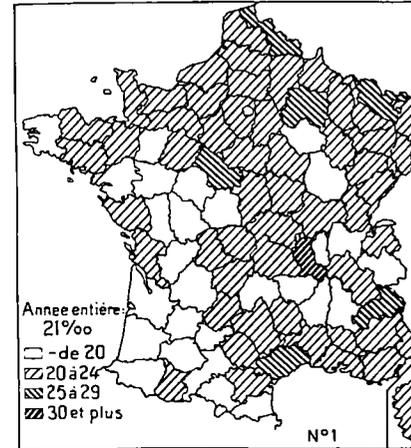
TABLEAU VI
Mortalité infantile par cause incriminée.

N. = nombre absolu. — T. = taux pour 1000 enfants nés vivants.

	1958		1959	
	T.	N.	T.	N.
Tuberculose de l'appareil respiratoire	0,03	23	0,02	
Tuberculose (autres formes)	0,08	57	0,07	
Syphilis	0,01	11	0,01	
Diphthérie	0,002	2	0,002	
Coqueluche	0,26	189	0,2	
Méningite cérébro-spinale et méningocoques	0,0	44	0,05	
Tétanos	0,02	23	0,02	
Rougeole	0,09	95	1,1	
Grippe	0,4	437	0,5	
Otite et mastoïdite	0,3	162	0,2	
Pneumonie et broncho-pneumonie (1)	0,2	1 486	1,8	
Gastro-entérite (2)	0,5	346	0,4	
Malformations congénitales de l'appareil circulatoire	1,7	1 399	1,7	
Autres malformations congénitales	1,9	1 526	1,8	
Lésions obstétricales	2,3	1 901	2,3	
Asphyxie et atelectasie post-natales	0,7	545	0,7	
Erythroblastose	0,4	326	0,4	
Maladie hémorragique du nouveau-né	0,3	186	0,2	
Prématurité	5,4	4 340	5,3	
Débilité congénitale	0,5	371	0,5	
Toxicose	2,4	1 746	2,1	
Mort violente ou accidentelle	0,6	494	0,6	

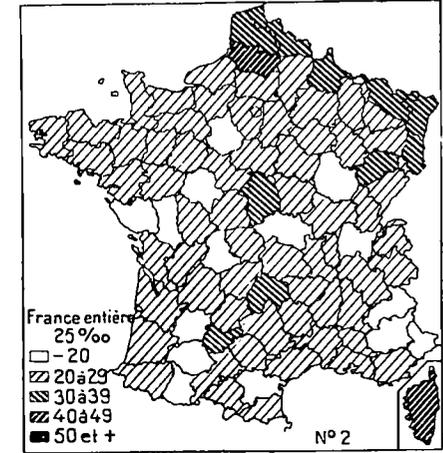
(1) Y compris la pneumonie du nouveau-né.
(2) Y compris la diarrhée du nouveau-né.

MORTINATALITÉ



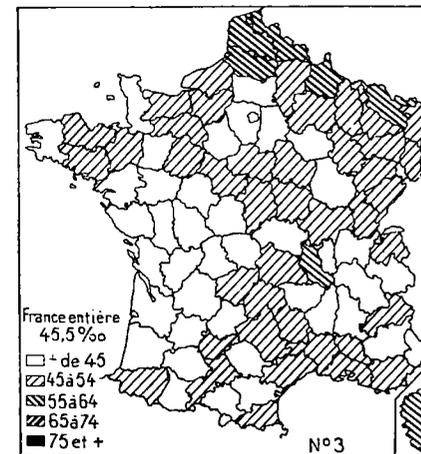
Année 1959.

MORTALITÉ INFANTILE

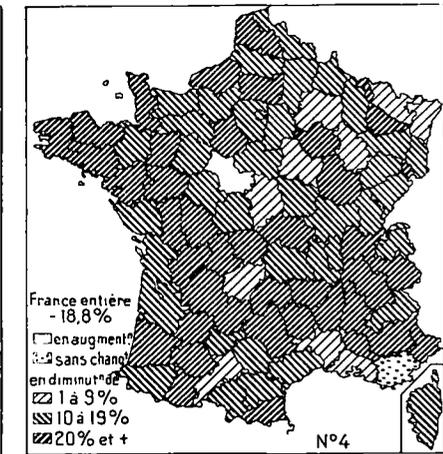


Année 1959.

MORTALITÉ FŒTO-INFANTILE



Année 1959.



Variations relatives des taux de 1954-1956 à 1959.

ÉPIDÉMIOLOGIE

ÉTUDE ÉPIDÉMIOLOGIQUE DES INFECTIONS TYPHO-PARATYPHOÏDIQUES EN FRANCE, EN 1958 ET 1959

Le nombre de cas de fièvre typhoïde ou paratyphoïde déclarés en France a été moins élevé que les années précédentes : 2 391 cas en 1958, 2 067 cas en 1959, contre 3 167 en 1957, 3 678 en 1956, 4 537 en 1955, 3 953 en 1954.

Le nombre de notices épidémiologiques, adressées à l'Institut National d'Hygiène par les services départementaux de la Santé de certains départements, a subi une diminution parallèle; alors que nous disposions de 2 156 notices pour une étude analogue à celle-ci, pour les années 1954 et 1955, nous n'avons pu utiliser pour les années 1958 et 1959 que 993 notices (514 pour l'année 1958 et 479 pour l'année 1959). Cette diminution du nombre des documents de base augmente les risques d'erreur dans le calcul des pourcentages. D'autre part, l'enquête est restée fragmentaire, puisque de nombreux départements (dont certains très peuplés comme la Seine, la Seine-et-Oise, les Bouches-du-Rhône, la Loire-Atlantique, le Finistère) n'ont adressé aucune notice, et que d'autres n'en ont adressé que pour une faible partie des cas déclarés.

Enfin, comme les années précédentes, la précocité de rédaction des notices nuit souvent à la connaissance de l'évolution finale et des résultats de l'enquête sur l'origine de contamination. Malgré ces réserves, l'étude statistique des notices épidémiologiques fournit des renseignements intéressants sur les facteurs de la morbidité typhoïdique et leur influence sur l'allure clinique et l'évolution de la maladie.

FACTEURS DE LA MORBIDITÉ TYPHOÏDIQUE

A. — LE MALADE

1° Sexe et âge.

Sur 993 cas, il y a 10 malades dont le sexe n'est pas précisé, 486 malades du sexe masculin et 497 du sexe féminin; cette quasi-égalité des deux sexes se retrouve pour chacune des deux années 1958 et 1959 prises séparément (en 1958, 249 cas masculins et 255 féminins; en 1959, 237 cas masculins et 242 féminins); elle avait déjà été notée en 1957 et 1956. En 1954 et 1955, les malades de sexe masculin représentaient 53 % de la totalité, tandis que dans toutes les années précédentes, les cas féminins l'emportaient nettement en nombre.

La répartition par groupes d'âges de cinq années, représentée dans le tableau I, diffère peu de celle des quatre années précédentes; on y retrouve en particulier la même proportion d'enfants de moins de 15 ans (40 % environ de la totalité des malades), et la même proportion de sujets de plus de 50 ans (15 % de la totalité). Sur le tableau II, on peut néanmoins noter :

— la proportion plus élevée que jamais de jeunes enfants de moins de 5 ans (près de 10 % de la totalité);

— le recul vers 11 ans de l'âge de fréquence maximum de la maladie qui se situait les années précédentes vers 8 ans;

— l'absence de toute différence appréciable de fréquence selon le sexe pour tous les groupes d'âges.

2° Profession.

Sur l'ensemble des 993 malades, la profession exercée par 340 d'entre eux a été indiquée : ils ont été répartis en 3 groupes :

1° Professions susceptibles d'entraîner une contamination professionnelle (59 cas) :

- médecin : 1;
- personnel infirmier : 9;
- domestiques : 19;
- blanchisseur : 1;
- mineurs : 6;
- employés du bâtiment travaillant en chantiers : 18;
- mariners, nomades : 5.

TABLEAU I

Nombre de cas par groupes d'âge et par sexe.

Groupes d'âges (en années)	Année 1958			Année 1959			Années 1958-1959 réunies		
	Deux sexes	Mas- culin	Fémi- nin	Deux sexes	Mas- culin	Fémi- nin	Deux sexes	Mas- culin	Fémi- nin
0- 4	44	19	24	56	22	34	100	41	58
5- 9	75	33	40	63	26	37	138	59	77
10-14	71	37	32	82	45	37	153	82	69
15-19	50	24	25	47	31	16	97	55	41
20-24	48	20	28	30	14	16	78	34	44
25-29	32	19	13	25	14	11	57	33	24
30-34	42	17	24	22	11	11	64	28	35
35-39	35	23	9	32	13	19	67	36	28
40-44	15	11	4	15	8	7	30	19	11
45-49	24	15	9	20	10	10	44	25	19
50-54	20	6	14	23	11	12	43	17	26
55-59	23	8	15	17	12	5	40	20	20
60-64	10	7	3	16	7	9	26	14	12
65-69	8	5	3	8	4	4	16	9	7
70 et plus	11	3	8	12	4	8	23	7	16
Age inconnu	6	2	4	11	5	6	17	7	10
Tous âges	514	249	255	479	237	242	993	486	497

TABLEAU II

Nombre de cas par sexe et par année d'âge jusqu'à 20 ans.

Groupes d'âges (en années)	Année 1958			Année 1959			Années 1958-1959 réunies		
	Mas- culin	Fémi- nin	Deux sexes	Mas- culin	Fémi- nin	Deux sexes	Mas- culin	Fémi- nin	Deux sexes
Moins de 1 an ...	1	2	3	2	6	8	3	8	11
1 an	6	1	7	4	5	9	10	6	16
2 ans	5	10	15	6	9	15	11	19	30
3 »	6	3	10	6	7	13	12	10	23
4 »	1	8	9	4	7	11	5	15	20
5 »	9	5	15	5	6	11	14	11	26
6 »	5	6	11	4	4	8	9	10	19
7 »	5	12	17	7	10	17	12	22	34
8 »	1	12	14	6	11	17	7	23	31
9 »	13	5	18	4	6	10	17	11	28
10 »	9	9	19	10	7	17	19	16	36
11 »	12	9	21	11	11	22	23	20	43
12 »	5	5	11	10	12	22	15	17	33
13 »	5	4	9	6	5	11	11	9	20
14 »	6	5	11	8	2	10	14	7	21
15 »	6	5	11	7	10	17	13	15	28
16 »	6	4	11	7	1	8	13	5	19
17 »	3	6	9	9	1	10	12	7	19
18 »	7	9	16	5	2	7	12	11	23
19 »	2	1	3	3	2	5	5	3	8

Dans ce groupe, les professions exposant à un risque de contamination hydrique sont donc aussi nombreuses que celles qui exposent à une contamination interhumaine.

2° Professions susceptibles d'entraîner une dissémination de la maladie (13 cas) :

- maraîcher : 1;
- cuisiniers : 2;
- bouchers, charcutiers : 4;
- autres commerçants d'alimentation : 6.

Il n'a été relevé aucun laitier, fromager, mareyeur ou ostréiculteur.

3° Autres professions (268) :

- cultivateurs : 102;
- artisans, commerçants (autres que de l'alimentation) : 31;
- ouvriers : 61;
- techniciens et cadres de l'industrie : 11;
- employés de chemin de fer : 3;
- employés de bureau : 32;
- professeurs, instituteurs : 13;
- professions libérales (autre que médecin) : 2;
- militaires : 13.

Les 653 autres malades, n'exerçant pas de profession connue, se répartissent ainsi :

a) 100 adultes pour lesquels l'exercice d'une profession n'est pas mentionnée;

b) 180 adultes n'exerçant aucune profession, dont 23 vivaient dans une collectivité relativement fermée (15 malades mentaux internés, 3 malades hospitalisés pour une autre maladie, 3 religieuses cloîtrées, 2 prisonniers);

c) 373 enfants ou adolescents qui comprennent :

- 196 écoliers (dont 10 étaient pensionnaires);
- 112 enfants d'âge préscolaire vivant dans leur famille;
 - 2 enfants fréquentant une crèche;
 - 9 enfants en nourrice ou en vacances dans une autre famille que la leur;
- 10 enfants en colonie de vacances;
 - 1 enfant en préventorium;
 - 2 enfants hospitalisés pour une maladie différente;
- 41 enfants dont la situation n'est pas précisée.

B. — LE GERME

1° Moyens de diagnostic.

Pour 66 malades, le diagnostic a été porté uniquement sur les signes cliniques sans examen bactériologique; pour 24 autres malades, le résultat de l'examen n'est pas mentionné sur la notice épidémiologique. Pour les 903 autres malades, la nature du germe causal a été connue; le diagnostic bactériologique est fondé soit sur l'hémoculture, soit sur le séro-diagnostic de Widal, soit sur ces deux examens réunis (47 cas), soit, enfin, sur une coproculture positive (toujours à *Salmonella paratyphi B*) (10 cas).

L'identification du germe par lysotypie ne paraît avoir été faite que dans un petit nombre de cas, et les notices n'en portent presque jamais le résultat.

L'hémoculture a été pratiquée sur 374 malades, mais à une date variable dans l'évolution de la maladie; elle a été positive dans 256 cas (70 %), dont 132 fois pour le bacille d'Eberth, 87 fois pour *Salmonella paratyphi B*, 14 fois pour *Salmonella paratyphi A*, 1 fois pour *Salmonella paratyphi C*, dans 2 cas, à la fois pour le bacille d'Eberth et *Salmonella paratyphi B*, et dans 20 cas, pour un germe qui ne nous est pas précisé dans la notice.

Le séro-diagnostic de Widal a été pratiqué sur 738 malades, il a été positif à un taux d'au moins 1/150 pour 662 d'entre eux, positif à un taux douteux pour 57, et négatif pour 19 qui avaient une hémoculture positive à la même date.

2° Répartition des cas suivant le germe.

Les résultats des examens de laboratoire ont permis de connaître la nature du germe pour 815 cas qui se répartissent comme suit :

Typhoïdes à bacille d'Eberth : 447 cas (soit 55 %);

Paratyphoïdes A : 31 cas (soit 4 %);

Paratyphoïdes B : 317 cas (soit 39 %);

Paratyphoïdes C : 4 cas;

Association de bacille d'Eberth et de *Salmonella paratyphi B* : 16 cas.

Ces proportions sont identiques pour chacune des deux années 1958 et 1959.

Le pourcentage d'infections à bacille d'Eberth est le plus élevé qui ait été constaté depuis dix ans; il était de 47 % en 1957, de 52 % en 1956, de 35 % en 1955, de 52 % en 1954; inversement, le pourcentage d'infections à *Salmonella paratyphi B* est le plus bas : il était de 50 % en 1957, de 46 % en 1956, de 59 % en 1955, de 42 % en 1954. Il semble que la régression générale de la morbidité typho-paratyphoïdique, observée ces

TABLEAU III

Nature du germe en fonction du sexe et de l'âge
(années 1958 et 1959 réunies).

Âges	Total des cas	Germe non identifié	Total des cas à germes identifiés	Bacille d'Eberth	Para A	Para B	Para C	Germes associés	Pourcentage des cas à b. d'Eberth
0 à 4 ans	M.	41	11	30	12	18			46%
	F.	58	9	49	25	22			
	2 S.	100	20	80	37	41			
5 à 9 ans	M.	59	7	52	24	23	1	2	49%
	F.	77	13	64	34	29			
	2 S.	138	20	118	58	54	1	2	
10 à 14 ans	M.	82	12	70	33	33		1	47%
	F.	69	15	54	26	28			
	2 S.	153	27	126	59	63		1	
15 à 19 ans	M.	55	14	41	19	19		1	54%
	F.	41	6	35	23	11			
	2 S.	97	20	77	42	31		1	
20 à 24 ans	M.	34	7	27	8	14			50%
	F.	44	3	41	26	12		2	
	2 S.	78	10	68	34	26		2	
25 à 29 ans	M.	33	9	24	10	9			
	F.	24	4	20	15	5			
	2 S.	57	13	44	25	14			
30 à 39 ans	M.	64	12	52	29	19			60%
	F.	63	11	52	35	16		1	
	2 S.	131	23	108	64	39		1	
40 à 59 ans	M.	81	9	72	47	18	1	5	67%
	F.	76	13	63	43	18		2	
	2 S.	157	22	135	90	36	1	7	
60 ans et plus..	M.	30	8	22	16	3		1	
	F.	35	12	23	13	6	2		
	2 S.	65	20	45	29	9	2	1	
Age non précisé.	M.	7	2	5	3	1		1	
	F.	10	1	9	6	3			
	2 S.	17	3	14	9	4		1	
Total tous âges.	M.	486	91	395	201	157	2	11	51%
	F.	497	87	410	246	150	2	5	60%
	2 S.	993	178	815	447	317	4	16	55%

deux dernières années, ait porté, pour les départements étudiés ici, plus sur les infections à *Salmonella paratyphi B* que sur les typhoïdes à bacille d'Eberth.

3° Influence du sexe et de l'âge.

Le tableau III indique la répartition des cas suivant la nature du germe causal en fonction du sexe et de l'âge, pour les années 1958 et 1959 réunies, les différences de proportion entre les deux années étant minimales. On constate :

a) Que le pourcentage de cas à bacille d'Eberth est plus élevé dans le sexe féminin que dans le sexe masculin, à l'opposé de ce qui avait été observé dans toutes les années précédentes.

b) Que le pourcentage de cas à bacille d'Eberth augmente avec l'âge des malades, ne dépassant 50 % qu'à partir de l'âge de 15 ans, comme les années précédentes; mais qu'il est déjà relativement élevé, dépassant 45 %, même chez les jeunes enfants de moins de 5 ans, alors qu'il ne dépassait pas 25 % dans ce groupe d'âges les années précédentes.

c) Que le pourcentage de cas à *Salmonella paratyphi A* atteint 14 % pour les hommes, de 20 à 40 ans, alors qu'il reste très faible chez les enfants, et dans le sexe féminin à tout âge.

4° Nature du germe et résidence du malade.

a) Le tableau ci-dessous indique la répartition des cas suivant la nature du germe en fonction de la population de la commune où la maladie a été déclarée (tableau IV).

TABLEAU IV

	Total des cas	Germe non identifié	Total des cas à germe identifié	Bacille d'Eberth	Para A	Para B	Para C	Germes associés	% des cas à bacille d'Eberth
Villes de plus de 50 000 habitants...	169	19	150	89	1	55		5	59
Villes de 10 000 à 50 000 habitants ..	145	22	123	68	7	46	1	1	55
Villes de 2 000 à 10 000 habitants ..	254	47	207	115	10	79	1	2	56
Communes de moins de 2 000 habitants.	425	90	335	175	13	137	2	8	52

Le pourcentage d'infections à bacille d'Eberth reste plus élevé dans les villes qu'en milieu rural, mais à un moindre degré qu'il n'avait été noté en 1954 et 1955.

b) Dans un grand nombre de départements, cependant, les paratyphoïdes B sont restées plus nombreuses que les infections à bacille d'Eberth : c'est le cas du Nord et de l'Ille-et-Vilaine et aussi de départements non côtiers à population surtout rurale : Orne, Sarthe, Côte-d'Or, Saône-et-Loire, Nièvre, Tarn. Au contraire, les infections à bacille d'Eberth sont de beaucoup les plus nombreuses dans les départements côtiers de la Méditerranée et à un moindre degré dans le Rhône, la Loire, l'Ardèche, le Pas-de-Calais, la Somme, la Marne. Les paratyphoïdes A ont été disséminées en petit nombre en toutes régions.

5° Variations saisonnières.

Le tableau suivant indique la répartition par germe causal, suivant le mois de début de la maladie pour chacune des deux années 1958 et 1959; il semble que le nombre de paratyphoïdes soit resté assez stable, tandis que la fréquence des infections à bacille d'Eberth subit une poussée saisonnière importante d'août à octobre de chaque année (tableau V).

C. — LA CONTAMINATION

1° Mode de contamination.

Comme les années précédentes, la plupart des notices épidémiologiques ne permettent pas de connaître le mode de contamination de la maladie; sur le total de 993 notices étudiées pour 1958 et 1959, 483 portent la mention « origine inconnue », sans aucune indication sur les investigations qui ont pu être faites à ce sujet; pour 65 autres malades, aucun mode de contamination n'a pu être retrouvé malgré une enquête sérieuse. Il ne reste donc que 445 cas pour lesquels un mode de contamination a été mis en cause. Ils se répartissent ainsi :

a) *Contamination directe interhumaine* : 48 cas (11 %), parmi lesquels on compte :

- 6 par soins donnés à des malades;
- 38 par contact direct fortuit avec un malade;
- 4 par contact avec un porteur de germes présumé.

b) *Contamination d'origine hydrique* : 267 cas (60 %), dont :

- 101 cas par absorption d'eau de puits (23 %);
- 7 cas par absorption d'eau de citerne (2 %);
- 10 cas par absorption d'eau de canalisation (2 %);
- 33 cas par absorption d'eau de source, de rivière ou de mare (7 %);
- 116 cas par ingestion de légumes présumés arrosés avec une eau polluée (26 %).

TABLEAU V

	Total des cas	Germe non identifié	Total des cas à germe identifié	Bacille d'Eberth	Para A	Para B	Para C	Germes associés	Pourcentage de cas à Eberth
Janvier 1958	23	4	19	7	2	9		1	
Janvier 1959	34	4	30	20	1	9			
Total	57	8	49	27	3	18		1	55%
Février 1958	46	9	37	20	2	14		1	
Février 1959	12	2	10	6	1	3			
Total	58	11	47	26	3	17		1	55%
Mars 1958	44	5	39	20		17	1	1	
Mars 1959	38	7	31	17	2	12			
Total	82	12	70	37	2	29	1	1	53%
Avril 1958	25	9	16	8	1	7			
Avril 1959	26	2	24	15	1	7		1	
Total	51	11	40	23	2	14		1	57%
Mai 1958	63	8	55	32	2	19	1	1	
Mai 1959	30	4	26	14	1	11			
Total	93	12	81	46	3	30	1	1	57%
Juin 1958	43	4	39	16	2	21			
Juin 1959	37	8	29	9		19	1		
Total	80	12	68	25	2	40	1		37%
Juillet 1958	32	4	28	14	2	10		2	
Juillet 1959	67	11	56	29		23		4	
Total	99	15	84	43	2	33		6	51%
Août 1958	66	10	56	34	1	20		1	
Août 1959	67	11	56	36		20			
Total	133	21	112	70	1	40		1	62%
Septembre 1958	60	13	47	34	1	10	1	1	
Septembre 1959	57	17	40	23	2	15			
Total	117	30	87	57	3	25	1	1	66%
Octobre 1958	54	12	42	28	2	12			
Octobre 1959	52	10	42	24	2	14		2	
Total	106	22	84	52	4	26		2	62%
Novembre 1958	36	8	28	11	2	15			
Novembre 1959	34	10	24	12	1	11			
Total	70	18	52	23	3	26			44%
Décembre 1958	22	4	18	9	1	8			
Décembre 1959	25	2	23	9	2	11		1	
Total	47	6	41	18	3	19		1	44%
Année 1958.....	514	90	424	233	18	162	3	8	55%
Année 1959.....	479	88	391	214	13	155	1	8	55%
Total	993	178	815	447	31	317	4	16	55%

c) *Contamination d'origine lactée* : 39 cas (9 %), dont :

14 par consommation de lait cru;

15 par consommation de beurre ou de fromage frais.

d) *Contamination d'origine coquillière* : 82 cas (18 %), dont :

15 par consommation d'huîtres;

19 par consommation de moules;

48 par consommation de coquillages de nature non précisée.

e) Enfin, 7 cas ont été attribués à l'ingestion de crèmes, de glaces ou de pâtisserie, et 2 cas à celle de viande crue.

Les proportions de ces différents modes de contamination présumés diffèrent peu de celles des années précédentes; on note, cependant, une diminution de pourcentage des cas attribués à l'ingestion d'eau de puits. Dans 405 cas, nous connaissons le résultat de l'examen de l'eau habituellement consommée au domicile du malade; elle ne présentait de signes de pollution fécale que dans 102 cas, soit le quart environ de la totalité.

L'origine de contamination retenue ne constitue la plupart du temps qu'une présomption, puisque la présence de bacilles typhiques ou de salmonella n'a jamais été constatée dans l'eau ou l'aliment incriminé.

2° *Influence du sexe et de l'âge.*

L'origine présumée de la contamination n'a pratiquement pas varié en fonction du sexe des malades (tableau VI).

En fonction de l'âge, l'importance de la contamination hydrique (eau de boisson et légumes) reste à peu près constante; les contaminations interhumaines sont plus fréquentes chez les enfants que chez les adultes, de même que les contaminations par les produits laitiers, au contraire, les coquillages ont un rôle plus important chez les adultes. Ces constatations rejoignent celles qui avaient été faites pour les années précédentes.

Le tableau VII, qui indique la répartition par germe causal en fonction du mode présumé de contamination, fait ressortir comme les années précédentes la prépondérance du bacille d'Eberth, dans les cas d'origine coquillière, et de *Salmonella paratyphi B*, dans les cas d'origine lactée.

4° *Origine de la contamination et milieu de vie du malade.*

Le tableau VIII indique les origines présumées de la contamination, en fonction du nombre d'habitants dans la commune où la maladie a été déclarée.

TABLEAU VI. — Mode de contamination selon le sexe et l'âge.

Sexes et groupes d'âges	Origine inconnue	Total des cas d'origine connue	Contamination directe interhumaine	Eau de boisson	Légumes	Produits laitiers	Coquillages	Divers
0 à 4 ans	M.	22	3	4	4	6	2	0
	F.	38	3	6	7	4	0	
	2 S.	60	6 15 %	10 25 %	11 27 %	11 27 %	2 5 %	
5 à 9 ans	M.	42	3	8	4	1	0	1
	F.	44	8	7	7	4	6	1
	2 S.	86	11 21 %	15 29 %	11 21 %	7 13 %	6 12 %	2 4 %
10 à 14 ans	M.	42	8	9	15	2	5	1
	F.	34	3	13	10	2	7	0
	2 S.	76	11 14 %	22 28 %	25 32 %	6 8 %	12 16 %	1 2 %
15 à 19 ans	M.	35	3	7	3	3	3	1
	F.	19	2	9	3	0	7	1
	2 S.	54	5 12 %	16 37 %	6 14 %	4 9 %	10 23 %	2 5 %
20 à 29 ans	M.	46	0	8	5	2	6	0
	F.	37	6	10	5	1	7	2
	2 S.	83	6 12 %	18 34 %	10 19 %	3 6 %	13 25 %	2 4 %
30 à 39 ans	M.	29	1	13	11	1	9	0
	F.	33	2	10	6	2	9	1
	2 S.	62	3 4 %	23 33 %	17 25 %	7 10 %	18 26 %	1 2 %
40 à 59 ans	M.	38	1	18	17	1	5	1
	F.	42	3	13	10	0	8	0
	2 S.	80	4 5 %	31 40 %	27 35 %	1 1 %	13 17 %	1 1 %
60 ans et plus	M.	16	2	3	6	0	3	0
	F.	22	0	8	2	0	3	0
	2 S.	38	2	11	8	0	6	0
Age non précisé	M.	4	0	2	0	0	1	0
	F.	5	0	3	1	0	1	0
	2 S.	9	0	5	1	0	2	0
Total tous âges	M.	274	21	72	65	16	34	4
	F.	274	27	79	51	13	48	5
	2 S.	548	48	151	116	39	82	9

TABLEAU VII

	Total des cas	Germe non connu	Total des cas à germe connu	Bacille d'Eberth	Salmonella para A	Salmonella para B	Salmonella para C	Germe associés
Origine inconnue	548	113	435	221	19	181	2	12
Total des origines présumées	445	65	380	226 (59%)	12 (3%)	136 (36%)	2	4 (1%)
Contamination interhumaine	48	8	40	28 (70%)	0	11 (28%)		1
Eau de boisson	151	26	125	69 (55%)	7 (6%)	47 (38%)	2	
Légumes	116	8	108	68 (63%)	2 (2%)	35 (32%)		3 (3%)
Contamination lactée	39	7	32	7 (22%)		25 (78%)		
Contamination coquillière	82	16	66	46 (70%)	3 (4%)	17 (26%)		
Contaminations diverses	9		9	8		1		

TABLEAU VIII

	Origine inconnue	Origine présumée	Contamination interhumaine	Contamination par eau de boisson	Contamination par les légumes	Contamination d'origine lactée	Contamination coquillière	Contaminations diverses
Villes de plus de 50 000 habitants.	95	74	2 (3%)	9 (12%)	41 (55%)	2 (3%)	20 (27%)	
Villes de 10 000 à 50 000 habitants.	85	60	5 (8%)	13 (22%)	17 (28%)	4 (7%)	18 (30%)	3 (5%)
Villes de 2 000 à 10 000 habitants.	142	112	20 (18%)	25 (22%)	20 (18%)	21 (19%)	22 (20%)	4 (3%)
Communes de moins de 2 000 habitants.	226	199	21 (11%)	104 (52%)	38 (19%)	12 (6%)	22 (11%)	2 (1%)

Il fait ressortir la forte présomption qui porte sur les légumes et les coquillages en milieu urbain, et sur l'origine hydrique (essentiellement par consommation d'eau de puits) en milieu rural.

5° Lieu de la contamination.

Dans 739 cas, la maladie a été contractée dans la commune même où elle a été déclarée; dans 46 cas, dans une commune voisine du même département; dans 45 cas, dans un autre département métropolitain français; dans 31 cas, hors du territoire métropolitain (pour la plupart en Afrique du Nord); dans 132 cas, le lieu de la contamination est resté douteux.

6° Groupement des cas.

Sur l'ensemble des 993 cas étudiés, 263 (soit 27 %) ont pu être rattachés à des foyers épidémiques, dont :

- 102 à un foyer épidémique familial;
- 34 à un foyer épidémique dans une collectivité (trois foyers dans des colonies de vacances, deux dans des établissements psychiatriques, un dans une clinique);
- 127 à une épidémie locale de commune ou de quartier. Le tableau IX indique le groupement des cas en fonction de la population de la commune, de la nature du germe causal, et de l'origine présumée de la contamination. On remarquera :

a) que la proportion de cas faisant partie de foyers épidémiques a été sensiblement plus élevée (41 %) dans les petites villes de 2 000 à 10 000 habitants que dans les grandes villes et les communes rurales;

b) que les foyers épidémiques (et en particulier les foyers familiaux) comprennent beaucoup plus d'infections à bacille d'Eberth que de paratyphoïdes;

c) que les contaminations interhumaines sont en grande majorité familiales;

d) que les cas faisant partie d'épidémie de collectivités sont restés très fréquemment d'origine inconnue, les rôles respectifs d'une contamination directe interhumaine et d'une contamination alimentaire commune étant toujours difficiles à préciser;

e) que les coquillages n'ont été l'origine de contamination que dans 5 % des cas faisant partie de foyers épidémiques.

TABLEAU IX

Groupement des cas suivant la population de la commune, la nature du germe, le mode de contamination.

		Nb. total de cas	Cas isolés	Cas faisant partie d'un foyer épidémique	Foyer épidémique familial	Foyer épidémique de collectivité	Epidémie locale
Population.	Villes de plus de 50 000 habitants ...	170	135	35 (21%)	9 (7%)	0	26
	Villes de 10 000 à 50 000 habitants ...	145	125	20 (14%)	5 (4%)	12	3
	Villes de 2 000 à 10 000 habitants ...	254	150	104 (41%)	37 (15%)	13	54
	Communes de moins de 2 000 habitants...	425	321	104 (24%)	51 (12%)	9	44
Nature du germe.	Germe non précisé....	178	137	41 (23%)	24 (13%)	4	13
	Bacille d'Eberth	447	309	138 (31%)	57 (13%)	18	63
	S. para A	31	27	4	2	0	2
	S. para B	317	240	77 (24%)	18 (6%)	12	47
	S. para C	4	4	0	—	—	—
	Germe associés	16	13	3	1	0	2
Mode de contamination.	Origine non précisée .	548	455	93 (17%)	33	19	41
	Contamination inter-humaine	48	0	48 (100%)	39	6	3
	Eau de boisson	151	106	45 (30%)	19	0	26
	Légumes	116	74	42 (36%)	8	6	28
	Produits laitiers	39	23	16 (41%)	0	0	16
	Coquillages	82	68	14 (17%)	2	3	9
	Origines diverses	9	4	5	1	0	4

D. — TYPHOÏDE ET VACCINATION PRÉVENTIVE

1° Fréquence.

La recherche d'une vaccination antitypho-paratyphoïdique antérieure à la maladie a été faite chez 904 des 993 malades sur lesquels porte l'enquête. Parmi eux, 706, soit environ 78 %, n'avaient jamais reçu aucune injection de vaccin contre les infections typho-paratyphoïdiques; 6 autres n'avaient reçu qu'une ou deux injections de vaccin; il reste donc 192 malades (soit 21 % environ) qui avaient été correctement vaccinés par 3 injections de vaccin au moins; la plupart des enquêtes ne font pas mention d'injection de rappel. Ce pourcentage de vaccinés est inférieur à celui des quatre années précédentes (30 % en 1954-1955; 23 % en 1956-1957), mais est très proche de celui des années antérieures à 1954.

TABLEAU X

Vaccination suivant le sexe et l'âge des malades.

Groupes d'âges	Sexe	Pas de notion sur la vaccination	Malades non vaccinés	Malades incomplètement vaccinés	Malades correct. vaccinés (ites anciennetés)	Vaccinés depuis moins de 5 ans	Vaccinés depuis 5 à 9 ans	Vaccinés depuis 10 à 19 ans	Vaccinés depuis plus de 20 ans	Nature du vaccin	
										T. A. B.	T. A. B. D. T.
0 à 4 ans.	M.	0	41		0						
	F.	0	57		1	1					1
	2 S.	0	99		1	1					1
5 à 9 ans.	M.	6	52		1	1					1
	F.	4	68	1	4	4					4
	2 S.	12	120	1	5	5					5
10 à 14 ans.	M.	10	64		8	3	5				4
	F.	4	60		5	1	4				4
	2 S.	16	124		13	4	9				8
15 à 19 ans.	M.	7	36	2	10	3	3	4		2	8
	F.	5	31		5	2	0	3		1	4
	2 S.	13	67	2	15	5	3	7		3	12
20 à 29 ans.	M.	4	21	2	40	22	14	3	1	7	21
	F.	8	54	0	6	0	3	3		3	2
	2 S.	12	75	2	46	22	17	6	1	10	23
30 à 39 ans.	M.	1	22	1	40	3	7	30		8	16
	F.	5	56		2			2			1
	2 S.	10	78	1	42	3	7	32		8	17
40 à 59 ans.	M.	11	21		49	0	2	20	27	11	9
	F.	4	66		6	2	1	2	1	3	1
	2 S.	15	87		55	2	3	22	28	14	10
60 ans et plus.	M.	3	15		12			1	11	8	1
	F.	5	30		0						
	2 S.	8	45		12			1	11	8	1
Age non précisé.	M.	2	2		3		1	1	1		1
	F.	1	9		0						
	2 S.	3	11		3		1	1	1		1
Tous âges.	M.	44	274	5	163	32	32	59	40	36	61
	F.	36	431	1	29	10	8	10	1	8	17
	2 S.	89	706	6	192	42	40	69	41	44	78

2° Ancienneté de la vaccination.

Selon l'ancienneté de la vaccination, par rapport au début de la maladie, les 192 cas se répartissent ainsi :

Moins de 3 mois.....	1 cas.
De 3 mois à 1 ans.....	2 cas.
De 1 an à 4 ans.....	39 cas.
De 5 ans à 9 ans.....	40 cas.
De 10 ans à 19 ans.....	69 cas.

Comme les années précédentes, on retrouve donc, parmi les malades vaccinés, une forte proportion de sujets dont la vaccination était ancienne ou même très ancienne (tableau X).

3° Type de vaccin.

Le vaccin utilisé avait été dans 44 cas le vaccin T. A. B. de l'Institut Pasteur, et dans 79 cas le vaccin T. A. B. associé au vaccin antidiptérique et antitétanique (T. A. B. D. T.); pour 69 malades, le type de vaccin utilisé n'a pas pu être précisé.

4° Nature du germe et vaccination.

TABEAU XI

	Notices utilisables	Malades non vaccinés	Malades n'ayant reçu que 1 ou 2 injections	Mal. cor. vacc. ttes anc. de vaccination	Mal. vacc. depuis moins de 5 ans	Mal. vacc. depuis 5 à 9 ans	Mal. vacc. depuis 10 à 19 ans	Mal. vacc. depuis plus de 20 ans	Vaccinés par T. A. B.	Vaccinés par T. A. B. D. T.	Vacc. par vacc. de type non précisé
Germe non précisé.	160	129	1	30 (19 %)	10	4	10	6	9	13	8
Bacille d'Eberth ..	404	307	3	94 (23 %)	13	23	33	25	25	33	36
S. para A	28	17		11	4	2	3	2	2	6	3
S. para B	295	242	2	51 (17 %)	15	9	22	5	7	25	19
S. para C	4	3		1				1			1
Germe associé	13	8		5		2	1	2	1	2	2

Les chiffres du tableau XI confirment ce qui avait été noté dans les enquêtes des années précédentes :

- 1° La proportion de vaccinés et, surtout, de sujets récemment vaccinés est élevée parmi les malades atteints de paratyphoïde A.
- 2° La proportion de vaccinés est plus élevée parmi les sujets atteints de typhoïde à bacille d'Eberth que parmi les paratyphoïdiques B, mais

il s'agit le plus souvent chez les premiers de vaccination ancienne ou très ancienne.

3° Parmi les malades vaccinés depuis moins de cinq ans, les paratyphoïdes B sont à peine plus nombreuses que les infections à bacilles d'Eberth.

4° La proportion d'infections à bacille d'Eberth est beaucoup plus élevée parmi les malades vaccinés par le vaccin T. A. B. (74 %) que parmi les malades qui ont reçu le vaccin T. A. B. D. T. (52 %).

LES FACTEURS DE GRAVITÉ

Après avoir étudié les relations des différents facteurs étiologiques, nous envisagerons leur influence sur l'aspect clinique et le pronostic de la maladie. L'aspect clinique, jugé surtout d'après l'importance des signes généraux, a permis de classer les cas en formes communes, formes graves, formes frustes; l'existence ou l'absence de complications, la durée de la période fébrile, la possibilité de rechute, l'évolution finale vers la guérison ou le décès permettent d'apprécier la gravité de la maladie; mais, comme les années précédentes, ces notions nous manquent dans un grand nombre de notices du fait de la précocité de leur rédaction.

A. — INFLUENCE DU SEXE ET DE L'ÂGE

1° Sur la forme clinique de la maladie.

934 enquêtes pour l'ensemble des deux années 1958 et 1959 comportent des renseignements sur l'aspect clinique de la maladie; on a observé :
 511 formes communes, soit 55 %;
 283 formes frustes, soit 30 %;
 140 formes graves, soit 15 %.

Parmi les formes frustes, dont la proportion est plus élevée que les années précédentes, figurent en fait un bon nombre de formes écourtées et atténuées par un traitement précoce et efficace.

Le pourcentage de formes frustes apparaît plus élevé dans le sexe masculin (35 %) que dans le sexe féminin (25 %), aux dépens des formes communes, le pourcentage de formes graves étant à peu près égal dans les deux sexes. Le pourcentage des formes communes varie peu avec l'âge, étant cependant un plus élevé chez l'enfant (60 %) que chez l'adulte (50 %). Celui des formes frustes reste voisin de 30 %, sauf chez les

TABLEAU XII

Formes cliniques en fonction du sexe et de l'âge.

Groupes d'âges	Sexe	Forme clinique non connue	Total des cas de forme connue	Forme commune	Forme fruste	Forme grave
0 à 4 ans.	M.	3	38	18	16	4
	F.	6	52	40	7	5
	2 S.	10	90	58 (64%)	23 (26%)	9 (10%)
5 à 9 ans.	M.	4	55	30	17	8
	F.	1	76	45	25	6
	2 S.	7	131	75 (57%)	42 (32%)	14 (11%)
10 à 14 ans.	M.	4	78	48	22	8
	F.	3	66	41	18	7
	2 S.	9	144	89 (62%)	40 (28%)	15 (10%)
15 à 19 ans.	M.	1	54	26	21	7
	F.	2	39	25	6	8
	2 S.	4	93	51 (55%)	27 (29%)	15 (16%)
20 à 29 ans.	M.	2	65	31 (48%)	29 (45%)	5 (7%)
	F.	2	66	36 (55%)	16 (24%)	14 (21%)
	2 S.	4	131	67 (51%)	45 (34%)	19 (15%)
30 à 39 ans.	M.	3	61	28 (46%)	25 (41%)	8 (13%)
	F.	5	58	31 (53%)	14 (24%)	13 (23%)
	2 S.	12	119	59 (50%)	39 (33%)	21 (17%)
40 à 59 ans.	M.	5	76	37 (49%)	23 (30%)	16 (21%)
	F.	5	71	38 (54%)	19 (27%)	14 (19%)
	2 S.	10	147	75 (51%)	42 (29%)	30 (20%)
60 ans et plus.	M.	0	30	13	9	8
	F.	1	34	16	12	6
	2 S.	1	64	29 (45%)	21 (32%)	14 (23%)
Age non précisé.	M.	1	6	4	1	1
	F.	1	9	4	3	2
	2 S.	2	15	8	4	3
Tous âges.	M.	23	463	235 (51%)	163 (35%)	65 (14%)
	F.	26	471	276 (59%)	120 (25%)	75 (16%)
	2 S.	59	934	511 (55%)	283 (30%)	140 (15%)

hommes de 20 à 40 ans, où il dépasse 40 %, tandis qu'il s'abaisse à moins de 25 % chez les femmes du même âge. Le pourcentage des formes graves est d'environ 10 % chez les enfants de moins de 15 ans, il reste voisin de ce taux chez les hommes jusqu'à 40 ans, tandis qu'il s'élève à environ 20 % chez les femmes dès l'âge de 15 ans (tableau XII).

2° Sur la fréquence et la nature des complications.

906 enquêtes indiquent si des complications sont survenues au cours de la maladie; sur ce total, 151 malades (soit 17 %) ont eu une évolution émaillée d'une ou plusieurs complications, ce qui explique que le nombre des complications soit supérieur au nombre des formes compliquées. Ces complications ont été les suivantes :

- hémorragie intestinale : 31 (soit 3 % des malades);
- perforation : 7 (soit 1 %);
- complications cardio-vasculaires : 32 (3 %);
- phlébite : 4 (soit moins de 1 %);
- complications hépato-vésiculaires (ictères et cholécystite) : 33 (4 %);
- complications urinaires : 9 (soit 1 %);
- complications neuro-méningées et psychiques : 21 (soit 2 %);
- autres complications (en majorité broncho-pulmonaires) : 32 (3 %).

Ces pourcentages sont très voisins de ceux qui avaient été notés pour les années 1954 et 1955. Les complications ont été environ deux fois plus fréquentes chez les adultes (22 % de formes compliquées) que chez les enfants (11 %), sans aucune différence appréciable entre les deux sexes (tableau XIII).

3° Sur l'évolution de la maladie.

Sur le total de 993 notices, 94 ne comportent aucune indication sur l'évolution de la maladie, et 178 autres mentionnent qu'elle était encore en cours à la date de l'enquête.

Il reste donc 721 cas d'évolution finale connue, parmi lesquels on dénombre :

17 décès, soit un taux de létalité de 2,4 %;

677 guérisons non précédées de rechute;

et 27 guérisons après une rechute fébrile, soit un taux de fréquence des rechutes de 3,8 %.

Ces proportions ont été très voisines pour chacune des deux années prises séparément; le taux de létalité a été de 2,2 % en 1958, et de 2,6 % en 1959. Comme pour les années précédentes, il est possible que ce taux soit inférieur au taux de létalité réel, les cas encore en évolution à la date de l'enquête comportant des formes graves, compliquées ou prolongées de pronostic moins bon. Tel qu'il a été calculé, le taux de létalité pour 1958-1959 est un peu plus élevé que celui des années 1956-1957 (1,8 %), mais inférieur à celui de 1955 (3,5 %) et à celui de 1954 (3,2 %). Le taux de fréquence des rechutes paraît avoir été nettement moins élevé que les années précédentes (6,3 % en 1954-1955); il a très peu varié en fonction du sexe ou de l'âge des malades.

TABLEAU XIII. — Fréquence et nature des complications en fonction du sexe et de l'âge.

Groupes d'âges et sexe	Nombre de cas de formes connues	Pas de complications	Formes compliquées	Hémorragie intestinale	Perforation	Complications cardiaques	Phlébite	Complications hépatovésiculaires	Complications urinaires	Complications neuro-méningées	Autres complications
0 à 4 ans	M.	38	35	3		1		2			
	F.	47	41	6		3					2
	2 S.	85	76	9 (11%)		4		2	1		2
5 à 9 ans	M.	53	45	8	1	2				2	4
	F.	74	66	8		2		1	2	1	2
	2 S.	127	111	16 (13%)	1	4		1	2	3	6
10 à 14 ans	M.	77	67	10	3	1	1	1		3	2
	F.	65	61	4	2			2			
	2 S.	142	128	14 (10%)	5	1	1	3		3	2
15 à 19 ans	M.	53	48	5	2	2				1	2
	F.	39	31	8	4	1		2		2	1
	2 S.	92	79	13 (14%)	6	3		2		3	3
20 à 29 ans	M.	65	52	13	2	1	1	2	2	3	3
	F.	62	49	13	3	1	1	4		3	2
	2 S.	127	101	26 (20%)	5	2	2	6	2	6	5
30 à 39 ans	M.	61	48	13	2	1	1	4		3	5
	F.	57	47	10		5		3			2
	2 S.	118	95	23 (20%)	2	6	1	7		3	7
40 à 59 ans	M.	74	56	18	5	2		5		1	1
	F.	68	51	17	2	1		5	2	2	3
	2 S.	142	107	35 (25%)	7	3		10	2	3	4
60 ans et plus	M.	27	19	8	1	3		1	1		2
	F.	32	27	5	4	1					1
	2 S.	59	46	13 (22%)	5	1	4	1	1		3
Age non précisé	M.	5	5								
	F.	9	7	2				1	1		
	2 S.	14	12	2				1	1		
Tous âges	M.	453	375	78	16	5	3	15	3	13	19
	F.	453	380	73	15	2	1	18	6	8	13
	2 S.	906	755	151 (17%)	31 (3%)	7 (1%)	32 (3%)	4	9 (1%)	21 (2%)	32 (3%)

TABLEAU XIV. — Evolution de la maladie suivant le sexe et l'âge.

Groupes d'âges et sexe	Total des enquêtes	Evolution non connue	Evolution en cours	Total des cas à évolution connue	Décès	Taux de létalité	Guérison sans rechute	Guérison après rechute	% de fréquence de rechutes	
0 à 4 ans	M.	41	4	8	29	0	0	28	1	3,3
	F.	58	11	8	39	0	0	35	4	10
	2 S.	100	15	16	69	0	0	64	5	7,2
5 à 9 ans	M.	59	7	12	40	0	0	39	1	2,5
	F.	77	7	9	61	0	0	60	1	1,6
	2 S.	138	14	21	103	0	0	101	2	2
10 à 14 ans	M.	82	15	13	54	0	0	52	2	3,7
	F.	69	4	6	59	0	0	57	2	3,4
	2 S.	153	19	19	115	0	0	111	4	3,5
15 à 19 ans	M.	55	2	10	43	1	2,3	38	4	9,5
	F.	41	5	7	29	1	3,4	28	0	0
	2 S.	97	7	17	73	2	2,8	67	4	5,6
20 à 29 ans	M.	67	3	14	50	1	2	48	1	2
	F.	68	6	17	45	1	2,2	43	1	2,3
	2 S.	135	9	31	95	2	2,1	91	2	2,2
30 à 39 ans	M.	64	3	11	50	0	0	48	2	4
	F.	63	8	7	48	2	4,2	44	2	4,4
	2 S.	131	11	18	102	2	2	96	4	4
40 à 59 ans	M.	81	5	20	56	5	8,9	49	2	3,9
	F.	76	7	18	51	1	2	48	2	4
	2 S.	157	12	38	107	6	5,6	97	4	4
60 ans et plus	M.	30	2	9	19	1	5,2	18	0	
	F.	35	3	7	25	4	16	21	0	
	2 S.	65	5	16	44	5	11,3	39	0	0
Age non précisé	M.	7	1	1	5	0		5	0	
	F.	10	1	1	8			6	2	
	2 S.	17	2	2	13	0		11	2	
Tous âges	M.	486	42	98	346	8	2,3	325	13	3,8
	F.	497	52	80	365	9	2,5	342	14	3,9
	2 S.	993	94	178	721	17	2,4	677	27	3,8

TABLEAU XV. — *Durée de la période fébrile en fonction du sexe et de l'âge.*

Groupes d'âges et sexe	Nombre de cas où la durée de la période fébrile est connue	Durée de moins de 8 jours				Plus de 28 jours	Durée moyenne de la période fébrile (en jours)
		8 à 14 jours	15 à 28 jours				
0 à 4 ans	M.	17	3	8	6	0	13
	F.	22	3	15	4	0	12
	2 S.	39	6	23	10	0	12
5 à 9 ans	M.	24	4	14	6	0	13
	F.	50	14	27	8	1	12
	2 S.	74	18	41	14	1	12
10 à 14 ans	M.	34	13	14	7	0	11
	F.	45	9	26	10	0	13
	2 S.	79	22	40	17	0	12
15 à 19 ans	M.	33	11	15	5	2	12
	F.	25	7	12	5	1	12
	2 S.	58	18	27	10	3	12
20 à 29 ans	M.	31	12	6	12	1	14
	F.	34	7	20	6	1	12
	2 S.	65	19	26	18	2	13
30 à 39 ans	M.	42	10	23	7	2	13
	F.	35	6	21	6	2	13
	2 S.	77	16	44	13	4	13
40 à 59 ans	M.	37	3	17	15	2	16
	F.	35	8	11	12	4	16
	2 S.	72	11	28	27	6	16
60 ans et plus	M.	14	4	6	3	1	15
	F.	19	4	6	8	1	17
	2 S.	33	8	12	11	2	16
Age non précisé	M.	1	0	1	0	0	
	F.	6	0	4	2	0	
	2 S.	7	0	5	2	0	
<i>Tous âges</i>	M.	233	60	104	61	8	13
	F.	271	58	142	61	10	13
	2 S.	504	118 23%	246 49%	122 24%	18 4%	13

Le taux de létalité a été également presque identique dans les deux sexes (2,3 % dans le sexe masculin; 2,5 % dans le sexe féminin), mais il varie beaucoup avec l'âge; aucun décès n'a été enregistré parmi les 360 malades âgés de moins de 17 ans, et le taux de létalité n'a dépassé 5 % que pour les malades âgés de plus de 50 ans.

La durée de la période fébrile a été en moyenne de 13 jours, un peu inférieure chez les sujets de moins de 20 ans (12 jours) plus longue après 40 ans (16 jours), sans différence entre les sexes. Les formes prolongées ont été très peu nombreuses. En fait, la durée de la période fébrile a dépendu essentiellement de la précocité du diagnostic et de la mise en œuvre du traitement (tableaux XIV et XV).

B. — INFLUENCE DE LA NATURE DU GERME

1° Sur la forme clinique de la maladie.

L'influence de la nature du germe sur l'allure clinique de la maladie est restée assez faible, la proportion de formes graves étant cependant, comme les années précédentes, moindre pour les paratyphoïdes B (10 %) que pour les typhoïdes à bacille d'Eberth (17 %) et pour les paratyphoïdes A (6 formes graves sur 31 formes cliniques connues).

TABLEAU XVI

Forme clinique en fonction de la nature du germe.

Nature du germe	Forme clinique non connue	Total des formes cliniques connues	Forme commune	Forme fruste	Forme grave
Bacille d'Eberth	28	419	228 (55 %)	119 (23%)	72 (17%)
S. para A	0	31	15	10	6
S. para B	24	293	171 (59%)	91 (31%)	31 (10%)
S. para C	0	4	2	2	
Germes associés	0	16	7	5	4
Germe non précisé . .	7	171	88 (51%)	56 (33%)	27 (16%)
<i>Tous germes</i>	59	934	511 (55%)	283 (30%)	140 (15%)

2° Sur la fréquence et le type des complications.

La fréquence des complications a, en 1958 et 1959, très peu varié avec la nature du germe; 17 % de formes compliquées dans les infections à bacille d'Eberth et 15 % dans les paratyphoïdes B, c'est même dans les

paratyphoïdes A que les complications ont été relativement le plus souvent observées, pour autant qu'on puisse tenir compte d'un nombre de cas restreints. Seules les hémorragies intestinales ont été nettement plus fréquentes dans les septicémies Eberthiennes que dans les paratyphoïdes; au contraire, les complications cardio-vasculaires et hépato-vésiculaires ont été proportionnellement plus nombreuses dans les paratyphoïdes B.

TABLEAU XVII

Complications en fonction de la nature du germe causal.

	Total des formes connues	Pas de complications	Formes compliquées	Hémorragie intestinale	Perforation	Complications cardiaques	Phlébite	Complications hépato-vésiculaires	Complications urinaires	Complications neuroméningées	Autres complications
Bacille d'Eberth ...	406	336	70 (17%)	17	2	14	0	13	4	10	17
S. para A	31	22	9	2	1	1	0	1	2	1	1
S. para B	287	245	42 (15%)	5	1	11	3	12	3	7	7
S. para C	4	4									
Germe associé ...	15	13	2	1		1					
Germe non précisé..	163	135	28 (17%)	6	3	5	1	7	0	3	7
Tous germes	906	755	151 (17%)	31	7	32	4	33	9	21	32

3° Sur la durée de la période fébrile.

TABLEAU XVIII

Durée de la période fébrile en fonction de la nature du germe.

Nature du germe	Durée de la période fébrile non connue	Nombre de cas où la durée de la période fébrile est connue	Durée de moins de 8 jours	Durée de 8 à 14 jours	Durée de 15 à 28 jours	Durée de plus de 28 jours	Durée moyenne de la période fébrile
Bacille d'Eberth ...	223	218	45 (21%)	99 (45%)	63 (29%)	11 (5%)	14
S. para A	14	14	2	8	4		13
S. para B	136	177	46 (26%)	92 (52%)	33 (19%)	6 (3%)	13
S. para C	2	2	1	1			
Germe associé ...	7	8	2	5	1		
Germe non précisé..	90	85	22	41	21	1	12
Tous germes	472	504	118	246	122	18	13

La nature du germe causal n'a que très peu influencé la durée de la période fébrile, les infections à bacille d'Eberth comptant cependant une plus forte proportion d'évolution fébrile prolongée au-delà de quinze jours, et les infections à salmonella paratyphi B une plus forte proportion de formes à période fébrile de moins de huit jours.

4° Sur l'évolution et la létalité.

L'abaissement du taux de létalité a porté autant sur les infections à bacille d'Eberth que sur les paratyphoïdes B dont le pronostic vital reste néanmoins toujours plus favorable; mais il faut tenir compte du nombre élevé de typhoïdes encore en évolution à la date de l'enquête, parmi lesquelles on comptait des formes compliquées ou prolongées, susceptibles d'avoir eu une évolution tardivement mortelle. Il faut noter, d'autre part, la proportion importante de décès parmi les malades atteints de paratyphoïde A (3 décès sur 23 cas d'évolution connue).

La fréquence des rechutes n'a pratiquement pas varié selon le germe en cause.

Les différentes modalités évolutives en fonction de la nature du germe ont été pratiquement les mêmes dans chacune des années 1958 et 1959.

TABLEAU XIX

Evolution finale en fonction de la nature du germe.

Nature du germe	Evolution non connue	Evolution en cours	Total des cas à évolution connue	Décès	Guérison sans rechute	Guérison après rechute
Bacille d'Eberth ...	48	100	299	6 (2%)	280	13 (4%)
S. para A	1	7	23	3	20	0
S. para B	28	40	249	4 (1,6%)	235	10 (4%)
S. para C	1	1	2	0	2	0
Germe associé ...	0	4	12	1	11	0
Germe non précisé..	16	26	136	3 (2,2%)	129	4 (3%)
Tous germes	94	178	721	17 (2,4%)	677	27 (4%)

C. — INFLUENCE DU MODE DE CONTAMINATION SUR LE PRONOSTIC DE LA MALADIE

Les tableaux XX et XXI indiquent, en fonction du mode de contamination, la répartition des cas suivant la forme clinique, l'existence ou l'absence de complications et l'évolution finale. Le mode de contamination paraît n'avoir eu qu'une influence minime sur le pronostic; les cas

TABLEAU XX

Forme clinique et complications suivant l'origine de la contamination.

Mode de contamination	Forme clinique				Existence de complications										
	Nombre de cas à forme clinique connue	Forme commune	Forme fruste	Forme grave	Total des notices utilisables	Formes non compliquées	Formes compliquées	Hémorragie intestinale	Perforation	Complications cardiaques	Phlébite	Complications hépato-vésiculaires	Complications urinaires	Complications neuro-méningées	Autres complications
Mode non précisé	521	283 (54%)	164 (31%)	74 (15%)	501	418	83 (16%)	15	3	22	3	12	5	13	16
Contamination interhumaine	45	27 (60%)	12 (27%)	6 (13%)	45	36	9 (20%)	1		2		5			2
Eau de boisson	144	78 (54%)	49 (34%)	17 (12%)	135	111	24 (18%)	5	2	2	1	7	2	2	4
Légumes	107	65 (61%)	29 (27%)	13 (12%)	108	97	11 (10%)	3		1		3	1	2	2
Produits laitiers	27	16	6	5	27	21	6	2	1	1		2			2
Coquillages	82	37 (45%)	22 (27%)	23 (28%)	82	66	16 (19%)	5	1	2		4	1	3	4
Divers	8	5	1	2	8	6	2	0		1				1	1

TABLEAU XXI

Evolution de la maladie suivant l'origine de la contamination.

Mode de contamination	Evolution non connue	Evolution en cours	Total des évolutions connues	Décès	Taux de létalité	Guérison sans rechute	Guérison après rechute
Mode non précisé.	50	102	396	13	3,3 %	366	17
Contamination interhumaine.	6	6	36			35	1
Eau de boisson.	16	25	110			105	5
Légumes.	14	22	80	2	2,5 %	76	2
Produits laitiers.	3	3	33			32	1
Coquillages.	4	16	62	2	3,2 %	59	1
Divers.	1	4	4			4	

TABLEAU XXII

Forme clinique et complications suivant l'existence d'une vaccination préventive.

Vaccination	Forme clinique				Existence de complications										
	Nombre de cas à forme clinique connue	Forme commune	Forme fruste	Forme grave	Total des notées utilisables	Pas de complication	Formes compliquées	Hémorragie	Perforation	Complications cardiaques	Phlébite	Complications hépato-vésiculaires	Complications urinaires	Complications neuroméningées	Autres complications
Malades non vaccinés	674	386 (57%)	189 (28%)	99 (15%)	651	554	97 (15%)	22	3	21	4	21	6	13	16
Malades correctement vaccinés (quelle que soit l'ancienneté).....	185	92 (50%)	72 (39%)	21 (11%)	184	146	38 (21%)	7	2			12	1	6	5
Vaccinés depuis moins de 5 ans	40	19 (47%)	16 (40%)	5 (13%)	40	33	7 (17%)	1	1			2		2	1
Vaccinés depuis 5 à 9 ans	38	17 (45%)	15 (40%)	6 (15%)	38	27	11 (3%)	2	1	1		3	1	3	1
Vaccinés depuis 10 à 19 ans	67	30 (45%)	30 (45%)	7 (10%)	68	56	12 (18%)	2		5		3		1	1
Vaccinés depuis plus de 20 ans	40	26 (65%)	11 (28%)	3 (7%)	38	30	8 (21%)	2				4			2
Vaccinés par T. A. B.	44	19 (43%)	21 (48%)	4 (9%)	44	39	5 (11%)		1	2		1	1		1
Vaccinés par T. A. B. D. T.	76	36 (47%)	34 (45%)	6 (8%)	75	62	13 (19%)	2	1	1		6		3	2

TABLEAU XXIII

Evolution finale suivant l'existence d'une vaccination préventive.

Vaccination	Evolution non connue	Evolution en cours	Total des évolutions connues	Décès	Taux de létalité	Guérison sans rechute	Guérison après rechute
Malades non vaccinés.	65	123	518	7	1,3 %	492	19
Malades correctement vaccinés (quelle que soit l'ancienneté).	9	41	142	3	2,1 %	135	4
Vaccinés depuis moins de 5 ans.	3	10	29	0		29	0
Vaccinés depuis 5 à 9 ans.	1	8	31	1		30	0
Vaccinés depuis 10 à 19 ans.	3	12	54	2		50	2
Vaccinés depuis plus de 20 ans.	2	11	28	0		26	2

dus à l'ingestion de coquillages ont comporté, comme les années précédentes, une plus grande proportion de formes cliniques d'allure grave mais sans augmentation importante de la fréquence des complications, et le taux de létalité des cas d'origine coquillière n'a pas dépassé celui des cas d'origine indéterminée.

D. — INFLUENCE DE LA VACCINATION PRÉVENTIVE
SUR LE PRONOSTIC DE LA MALADIE

Le tableau XXII fait apparaître une plus grande proportion de formes frustes chez les sujets vaccinés (39 %) que chez les non-vaccinés (28 %), et, inversement, un plus faible pourcentage de formes d'allure grave (11 % au lieu de 15 %); ces caractères sont encore plus nets chez les malades pour lesquels la nature du vaccin a été précisée, qu'il s'agisse du T. A. B. ou du T. A. B. D. T. La diminution de la proportion de formes d'allure grave reste sensible même lorsque la vaccination est très ancienne.

Cependant, la fréquence des complications n'a pas été moindre chez les vaccinés que chez les non-vaccinés; mais il faut tenir compte de l'âge des sujets vaccinés, en majorité des adultes, plus exposés aux complications que les enfants qui forment la grande majorité des non-vaccinés. La même observation doit être faite en ce qui concerne les modalités de l'évolution finale et le taux de létalité qui n'est pas moins élevé chez les vaccinés que chez les non-vaccinés (tableau XXIII).

CONCLUSIONS

L'étude de 993 notices épidémiologiques de fièvres typhoïde et paratyphoïde observées dans un certain nombre de départements métropolitains français pour les années 1958 et 1959 ne montre pas, malgré la diminution du nombre des cas, de modifications importantes des caractères épidémiologiques de la maladie par rapport aux années précédentes.

Les deux sexes ont été également atteints; la proportion d'enfants parmi les malades a encore augmenté (25 % de malades âgés de moins de 10 ans).

La régression générale de la maladie a paru porter davantage sur les paratyphoïdes B qui deviennent moins nombreuses que les typhoïdes à bacille d'Eberth, du moins dans les départements considérés. La proportion du nombre de cas groupés en petits foyers épidémiques a été un peu plus élevée que les années précédentes, en particulier dans les petites villes de 2 000 à 10 000 habitants.

L'origine de contamination est restée ignorée dans la majorité des cas. Le rôle de l'eau de puits paraît être en régression par rapport aux années précédentes.

Le pourcentage de sujets vaccinés parmi les malades a été un peu plus faible que les années précédentes, et il s'est agi le plus souvent de vaccinations datant de plus de dix ans.

Le taux de létalité, calculé seulement sur les cas d'évolution connue, a été de 2,4 % voisin de celui des quatre années précédentes.

Seul l'âge paraît avoir eu une influence sur le pronostic de la maladie qui n'a dépendu ni du sexe, ni de la nature du germe, ni de l'origine de la contamination, ni d'une vaccination préventive.

Travail de la Section d'Epidémiologie présenté par
P. CHASSAGNE et Y. GAIGNOUX.

DOCUMENTATION GÉNÉRALE

LES MORTS VIOLENTES ET ACCIDENTELLES GRÈVENT CHAQUE JOUR D'AVANTAGE LES STATISTIQUES DE MORTALITÉ GÉNÉRALE

Les accidents mortels survenus au cours des dernières fêtes de la Pentecôte, et qui ont fait l'objet dans la presse de relations dont la sobriété voulue des commentaires soulignait l'éloquence des chiffres, nous font un devoir de revenir, une fois encore, sur un danger dont on ne songe pas, sans doute, à discuter la gravité, mais qui apparaîtra d'autant plus sérieux que nous en aurons dégagé la lente et régulière progression le long de la dernière décennie.

Nous assistons, en effet, en France, à l'évolution en sens opposé de deux causes de décès.

Alors que, de 1946 à 1959, la diminution de la mortalité générale a été de 17 %, que la régression des décès par maladies a atteint 19 %, en revanche, la mortalité par accidents a augmenté de 25 % et le taux du suicide de 45 %.

Il est pénible de constater que les forces brutales mises à la disposition des hommes risquent de réduire, en fin de compte, le labeur intelligent du médecin à n'être que la répétition décevante du geste des Danaïdes.

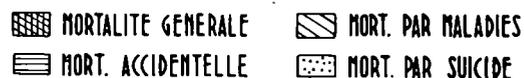
La figure ci-après, mieux que plus ample commentaire, illustrera cette situation.

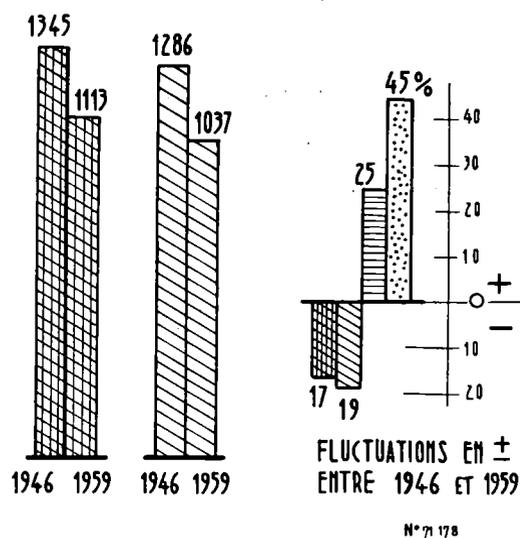
En 1959, le dernier relevé des décès par morts violentes fait apparaître 7 375 suicides et 27 295 morts accidentelles, soit un total de 34 670 décès

correspondant à la population d'une ville comme Albi ou Laval, d'après le recensement de 1954.

Ces 34 670 morts constituent 7 % du total des décès. Rapportées à la population, elles représentent 16 décès par suicide et 60 par accidents ou autres morts violentes pour 100 000 habitants.

*Décès pour 100 000 habitants,
attribués aux causes indiquées ci-dessous, en 1946 et 1959,
dans la France entière.*


 MORTALITÉ GÉNÉRALE MORT. PAR MALADIES
 MORT. ACCIDENTELLE MORT. PAR SUICIDE



Nous donnons ci-dessous, pour l'année 1959, la répartition numérique des morts violentes suivant leurs causes :

- 26 462 par accidents dont 8 080, soit 31 %, pour la seule route;
- 833 homicides;
- 7 375 suicides;

soit, au total, 34 670 décès.

Afin de mettre encore mieux en évidence cet impressionnant tribut que l'homme paie à la mort en dehors de la maladie, nous avons chiffré le nombre d'années de vie qu'il coûte, bon an mal an, au pays.

Sur la base de l'espérance actuelle de vie, nous obtenons le nombre de 910 185 années.

Ce chiffre considérable est d'autant plus inquiétant qu'il affecte en majeure partie les sujets des jeunes séries d'âge.

En effet, on note chez les garçons de 15 à 19 ans 57 décès par accidents sur 100 de toutes causes, et chez les filles de même âge 25 décès accidentels pour 100 décès soit, pour les deux sexes, une moyenne de 47 %.

Ces décès essentiellement évitables doublent donc à cet âge le total des morts auxquelles les médecins n'ont pu opposer aucun remède.

Dans ces conditions, et si l'on excepte les suicides et certains accidents puisant leur origine dans des troubles physiologiques ou psychologiques qui sont du ressort médical, est-il bien logique d'admettre, dans un cadre nosographique, des décès qui n'ont aucun rapport avec la maladie et dont la prévention ne relève que de la discipline individuelle et des dispositifs de sécurité qui sont du ressort de l'ingénieur ?

Dr CH. CANDIOTTI et MARCEL MOINE, Statisticien.

Le Gérant : G. MASSON.

Imprimé par Soullisse et Cassegrain, à Niort (France), 1960.

Dépôt légal : 4^e trim. 1960. N° d'ordre : 472.

Masson et C^{ie}, Edit., Paris. Dépôt légal : 4^e trim. 1960. N° d'ordre : 3429.

(Printed in France.)

LES MONOGRAPHIES
DE
L'INSTITUT NATIONAL D'HYGIÈNE

Le Directeur de l'Institut National d'Hygiène avise les lecteurs du Bulletin qu'il a décidé, à partir de 1952, la suppression du RECUEIL DES TRAVAUX et son remplacement par une nouvelle publication intitulée MONOGRAPHIE DE L'INSTITUT NATIONAL D'HYGIÈNE.

MONOGRAPHIES DÉJÀ PARUES

- Monographie de l'Institut National d'Hygiène, n° 1.*
Documents statistiques sur la morbidité par cancer dans le monde, par P. F. Denoix, 1953..... *Epuisée.*
- Monographie de l'Institut National d'Hygiène, n° 2.*
L'économie de l'alcoolisme, par L. Dérobert, 1953. *Epuisée.*
- Monographie de l'Institut National d'Hygiène, n° 3.*
Mortalité urbaine et rurale en France en 1928, 1933 et 1947, par Ch. Candiotti et M. Moine, 1953 **900 fr.**
- Monographie de l'Institut National d'Hygiène, n° 4.*
Contribution à l'étude de l'anophélisme en Corse, par C. Toumanoff, 1954 **1 200 fr.**
- Monographie de l'Institut National d'Hygiène, n° 5.*
De la diversité de certains cancers, par P. F. Denoix, 1954 *Epuisée.*

(Suite au verso.)

LES MONOGRAPHIES
DE
L'INSTITUT NATIONAL D'HYGIÈNE

- Monographie de l'Institut National d'Hygiène, n° 6.*
La lutte préventive contre les maladies infectieuses de l'homme et des animaux domestiques au moyen des vaccins, par G. Ramon, 1955..... 1 200 fr.
- Monographie de l'Institut National d'Hygiène, n° 7.*
Etudes de Sociopsychiatrie, par H. Duchène, 1955. 900 fr.
- Monographie de l'Institut National d'Hygiène, n° 8.*
Rapport sur la fréquence et la sensibilité aux insecticides de « *Pediculus Humanus Humanus*, K. Linnæus », 1758 (« *Anoplura* ») dans le Sud-Est de la France, par R. M. Nicoli, 1955..... 500 fr.
- Monographie de l'Institut National d'Hygiène, n° 9.*
Etude sur la maladie de Bouillaud et son traitement, par J. Chevallier, 1956 1 100 fr.
- Monographie de l'Institut National d'Hygiène, n° 10.*
Rapport d'enquête sur la réadaptation fonctionnelle des adultes en France, par H. G. Poulizac. 1 000 fr.
- Monographie de l'Institut National d'Hygiène, n° 11.*
Etude du comportement alimentaire du tuberculeux en sanatorium, par F. Vinit et J. Trémolières 1 250 fr.
- Monographie de l'Institut National d'Hygiène, n° 12.*
Le Cancer chez le Noir en Afrique française, par P. F. Denoix et coll. 1 500 fr.
- Monographie de l'Institut National d'Hygiène, n° 13.*
Broncho-pneumopathies à virus et à Rickettsies chez l'enfant, par R. Sohier et coll..... 1 300 fr.

LES MONOGRAPHIES
DE
L'INSTITUT NATIONAL D'HYGIÈNE

- Monographie de l'Institut National d'Hygiène, n° 14.*
L'assistance psychiatrique aux malades mentaux d'origine nord-africaine musulmane, en métropole, par G. Daumezon, Y. Champion et coll. ... 1 200 fr.
- Monographie de l'Institut National d'Hygiène, n° 15.*
Documents statistiques sur l'épidémiologie des infections typho-paratyphoïdiques de la poliomyélite et des brucelloses en France en 1954 et 1955, par P. Chassagne et Y. Gaignoux 1 100 fr.
- Monographie de l'Institut National d'Hygiène, n° 16.*
I. Pathologie régionale de la France, par R. Marot. 3 500 fr.
- Monographie de l'Institut National d'Hygiène, n° 17.*
II. Pathologie régionale de la France, par R. Marot. 3 400 fr.
- Monographie de l'Institut National d'Hygiène, n° 18.*
De la destruction des bactéries par la chaleur. Etude de l'efficacité de la pasteurisation du lait, par A. Nevot et coll. 1 400 fr.
- Monographie de l'Institut National d'Hygiène, n° 19.*
Le Cancer au Moyen-Orient - Israël et Iran - Données épidémiologiques, par C. Laurent et J. Leguérinais A paraître.
- Monographie de l'Institut National d'Hygiène, n° 20.*
Problèmes posés par la définition des aliments (Hôpital Bichat, 13-14 mai 1960), par l'Unité de Recherche de Nutrition Humaine..... A paraître.

Vente des Monographies
à **L'INSTITUT NATIONAL D'HYGIÈNE**
3, RUE LÉON-BONNAT, PARIS (16^e) — AUTEUIL 32-84
N° de chèque postal : Institut National d'Hygiène, 9062-38 Paris

BULLETIN DE L'INSTITUT NATIONAL D'HYGIÈNE

CONDITIONS DE PUBLICATION

(6 numéros par an)

Prix de l'abonnement (1960) :

France et Communauté française 33 NF
Règlement par Mandat, Chèques postaux (Compte 599, Paris)
ou Chèque bancaire.

ÉTRANGER :

Belgique et Luxembourg Fr. B. 437,50
Autres pays \$ U. S. A. 8,75

Prix également payables dans les autres monnaies, au cours
des règlements commerciaux, le jour du paiement. Règle-
ment par Banque Nationale.

Changement d'adresse : 0,50 NF.

MASSON & C^{ie}, ÉDITEURS
120, Boulevard Saint-Germain, PARIS (VI^e)
— Téléphone : DANTON 56-11 (lignes groupées) —

Ce *Bulletin* assure la publication des informations sanitaires
recueillies par l'INSTITUT NATIONAL D'HYGIÈNE dans le semestre
ou le trimestre précédent.

Les lecteurs qui voudraient obtenir des documents peuvent
s'adresser à

L'INSTITUT NATIONAL D'HYGIÈNE
3, RUE LÉON-BONNAT, PARIS (XVI^e)

**

Le *Recueil des Travaux de l'INSTITUT NATIONAL D'HYGIÈNE*
a été remplacé, depuis 1953, par la collection *Monographie de*
l'INSTITUT NATIONAL D'HYGIÈNE (voir pages 917, 918 et 919).



PRINTED IN FRANCE