

**Organisation Mondiale de la Santé**  
**Série de Rapports techniques**  
**N° 19**

**GROUPE CONSULTATIF D'EXPERTS**  
**DE LA FIÈVRE JAUNE**

**Rapport sur la première session**

*Genève, 1<sup>er</sup>-6 décembre 1949*

	Pages
1. Délimitation des zones d'endémicité amarile en Amérique et en Afrique . . . . .	3
2. Mesures recommandées concernant la lutte internationale contre la fièvre jaune . . . . .	7
3. Coordination des recherches sur la fièvre jaune . . . . .	9

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ  
PALAIS DES NATIONS  
GENÈVE  
Août 1950

## GROUPE CONSULTATIF D'EXPERTS DE LA FIÈVRE JAUNE

### Première session

#### *Membres :*

D<sup>r</sup> W. S. Sá Antunes, Directeur du Service national de la Fièvre jaune, Ministère de l'Éducation et de la Santé, Rio-de-Janeiro, Brésil

D<sup>r</sup> G. L. Dunnahoo, Medical Director, Chief, Division of Foreign Quarantine (US Public Health Service), Washington, D.C., États-Unis d'Amérique

D<sup>r</sup> A. F. Mahaffy, formerly Director, Yellow Fever Research Institute, Entebbe, Ouganda (*Président*)

\*Médecin-Général Inspecteur Peltier, ex-Directeur général de la Santé publique en Afrique-Occidentale Française, Dakar, Sénégal

Médecin-Colonel G. Saleun, Adjoint technique du Directeur du Service de Santé colonial, Ministère de la France d'Outre-Mer, Paris, France

#### *Membre d'office :*

D<sup>r</sup> F. L. Soper, Directeur du Bureau Sanitaire Panaméricain ; Directeur du Bureau régional de l'OMS pour les Amériques, Washington, D.C., États-Unis d'Amérique

#### *Secrétariat :*

D<sup>r</sup> Y. M. Biraud, Directeur de la Division de l'Épidémiologie, OMS

D<sup>r</sup> G. Stuart, Chef de la Section des Conventions sanitaires et de la Quarantaine, OMS (*Secrétaire*)

Le rapport sur la première session de ce groupe consultatif d'experts a paru originalement sous forme de documents ronéographiés : WHO/YF/4, en date du 5 décembre 1949, WHO/YF/4 Rev. 1, en date du 7 décembre 1949, et WHO/YF/4 Rev. 2, en date du 30 mars 1950.

---

\* Ce membre n'a pas pu prendre part à la session.

## **GROUPE CONSULTATIF D'EXPERTS DE LA FIÈVRE JAUNE**

### **Rapport sur la première session <sup>1</sup>**

Les membres du Groupe consultatif d'experts de la Fièvre jaune ayant une compétence particulière dans le domaine de l'épidémiologie de la fièvre jaune se sont réunis à Genève du 1<sup>er</sup> au 6 décembre 1949, d'abord séparément, puis, pour lui fournir des avis techniques, en réunion commune avec le Comité d'experts de l'Epidémiologie internationale et de la Quarantaine.

Le groupe a élu comme Président de la session le D<sup>r</sup> A. F. Mahaffy, et a adopté son ordre du jour.

#### **1. Délimitation des zones d'endémicité amarile en Amérique et en Afrique**

1.1 Les experts ont examiné l'importante documentation (statistiques, graphiques et cartes) présentée par le D<sup>r</sup> Sá Antunes et le D<sup>r</sup> F. L. Soper, concernant l'épidémiologie de la fièvre jaune au Brésil et dans d'autres pays d'Amérique. Ils ont également pris connaissance d'une étude <sup>2</sup> sur

---

<sup>1</sup> Au cours de sa cinquième session, le Conseil Exécutif a adopté la résolution suivante :

Le Conseil Exécutif

1) PREND ACTE du rapport sur les travaux de la première session du Groupe d'études sur la Fièvre jaune, et

2) AUTORISE sa publication ;

Tenant compte des recommandations formulées par le comité d'experts lors de l'examen des points pertinents de son ordre du jour,

3) TRANSMET le rapport à la Troisième Assemblée Mondiale de la Santé ; et

4) RELÈVE que les recommandations émanant des comités d'experts et qui se rapportent à la politique et aux opérations de l'Organisation Mondiale de la Santé demeurent de simples recommandations, à moins qu'elles ne soient appliquées par le Conseil Exécutif ou par l'Assemblée Mondiale de la Santé par le fait de l'adoption et de la mise en œuvre du programme annuel de l'OMS.

(Actes off. Org. mond. Santé, 25, 5)

<sup>2</sup> WHO/YF/3 (document de travail non publié)

la position de la Côte Française des Somalis et de Djibouti vis-à-vis de la zone d'« endémicité amarile » telle que l'Administration des Nations Unies pour le Secours et la Reconstruction (UNRRA) l'avait définie en 1946,<sup>3</sup> ainsi que de la documentation préparée par l'OMS.

## 1.2 Amérique

Se basant sur les renseignements disponibles, les experts ont recommandé qu'en ce qui concerne l'Amérique, la délimitation faite par l'UNRRA en 1946 soit maintenue, avec les exceptions suivantes :

1.2.1 Les ports de Bélem, au Brésil, Cayenne, en Guyane Française, Paramaribo, au Surinam, Georgetown, en Guyane Britannique, ainsi que ceux de Colombie et du Venezuela situés sur la mer des Antilles, et la ville de Caracas, au Venezuela, continueront à être exclus de la zone d'« endémicité amarile », à condition que leur indice d'*Aedes aegypti* ne dépasse pas 1 %<sup>4</sup> et qu'ils fournissent un rapport trimestriel à l'OMS sur cet indice.

1.2.2 Le port de Manaus, au Brésil, sera exclu de la zone d'« endémicité amarile », à condition que son indice d'*A. aegypti* ne dépasse pas 1 %<sup>4</sup> et que rapport soit fait tous les trimestres à l'OMS sur cet indice.

1.2.3 Les régions rurales de la République de Panama et de la Zone du Canal de Panama seront incluses dans la zone d'« endémicité amarile ». (Toutefois, les ports de la République et de la Zone du Canal resteront en dehors de la zone d'« endémicité amarile », à condition que leurs indices d'*A. aegypti* ne dépassent pas 1 %<sup>4</sup> et soient communiqués tous les trimestres à l'OMS.)

## 1.3 Afrique

Les experts ont recommandé :

1.3.1 que le territoire de la Côte Française des Somalis, y compris le port de Djibouti, soit exclu de la zone d'« endémicité amarile » telle qu'elle fut à l'origine délimitée par l'UNRRA, à condition que l'indice d'*A. aegypti* dans ce port ne dépasse pas 1 %<sup>4</sup> et que rapport soit fait tous les trimestres à l'OMS sur cet indice ;

1.3.2 que le port de Massauah, en Erythrée, et la zone comprise dans un rayon de 10 km. à partir du centre de la ville d'Asmara, en Erythrée, continuent à être exclus de la zone d'« endémicité amarile », à condition

<sup>3</sup> *Rel. épidém. hebd.* 1948, 23, 365, 375, 412

<sup>4</sup> Tout en recommandant que le niveau maximum autorisé soit 1 %, les experts estiment qu'un indice zéro devait être considéré comme souhaitable ; en fait, ce dernier a été atteint dans la plupart des ports et des villes d'Amérique du Sud.

que leur indice d'*A. aegypti* ne dépasse pas 1 %<sup>4</sup> et qu'ils fournissent un rapport trimestriel à l'OMS sur cet indice ;

1.3.3 que les régions suivantes soient ajoutées à la zone d'« endémicité amarile » telle qu'elle est actuellement délimitée :

- 1) le Nyassaland,
- 2) le territoire, situé au sud du Barotséland, qui s'étend entre les 23<sup>e</sup> et 25<sup>e</sup> degrés de longitude Est jusqu'au 21<sup>e</sup> degré de latitude Sud.

#### 1.4 Critères de délimitation des zones d'« endémicité amarile »

Les recommandations ci-dessus, relatives à la délimitation des zones d'« endémicité », sont fondées :

1.4.1 en ce qui concerne l'Amérique, sur les cas cliniques signalés, sur les résultats de la viscérotomie systématique (c'est-à-dire l'examen d'un prélèvement effectué sur le foie de tous les sujets décédés à la suite d'une affection fébrile de 10 jours au moins), sur les recherches relatives à l'immunité chez l'homme et chez les animaux, et sur la constatation de faibles indices d'*A. aegypti* ;

1.4.2 en ce qui concerne l'Afrique, principalement sur les résultats des recherches sur l'immunité.

1.4.3 Les experts ont vivement insisté sur la nécessité de poursuivre les travaux de recherche, surtout en Afrique centrale et méridionale, afin de déterminer la répartition du virus dans le temps et dans l'espace (dans les recherches sur l'immunité, il faut naturellement tenir compte de l'immunité conférée par la vaccination), ainsi que la répartition d'*A. aegypti*.

#### 1.5 Définition de l'indice d'*A. aegypti*

Les experts ont défini l'indice d'*A. aegypti* comme le pourcentage des habitations dans lesquelles on peut trouver des gîtes à larves. (« Habitation » désigne ici tout logement occupé par une seule famille.) Le calcul de l'indice doit être basé sur la visite de toutes les habitations d'un port, d'une ville ou d'une zone.

#### 1.6 Définition des zones de fièvre jaune

1.6.1 A la lumière des observations épidémiologiques faites en Amérique du Sud au cours de nombreuses années, on sait que, dans les régions où

---

<sup>4</sup> Tout en recommandant que le niveau maximum autorisé soit 1 %, les experts estiment qu'un indice zéro devait être considéré comme souhaitable ; en fait, ce dernier a été atteint dans la plupart des ports et des villes d'Amérique du Sud.

*A. aegypti* n'est pas présent, la fièvre jaune de brousse peut exister chez des animaux de la forêt et être la cause d'une infection humaine accidentelle, sans pour cela provoquer des poussées épidémiques dues à une transmission d'homme à homme.

Selon l'existence d'un réservoir de virus parmi les mammifères, la présence de l'espèce vectrice et la persistance de l'infection, on peut distinguer :

1) les zones enzootiques de fièvre jaune, dans lesquelles *A. aegypti* n'est pas présent, mais où le virus existe et persiste chez les animaux pendant de longues périodes, provoquant de temps en temps des cas accidentels chez l'homme (parmi les bûcherons, chasseurs, etc.);

2) les zones épizootiques de fièvre jaune, dans lesquelles *A. aegypti* n'est pas présent, mais où la maladie se manifeste périodiquement chez les animaux pendant des périodes de courte durée;

3) les zones endémiques de fièvre jaune, dans laquelle *A. aegypti* est présent et où le virus existe et persiste chez les animaux pendant de longues périodes;

4) les zones épidémiques de fièvre jaune, dans lesquelles se manifestent des cas humains, dus à une transmission du virus par *A. aegypti*.

1.6.2 Il ressort des définitions ci-dessus que la différence entre les zones endémiques et épidémiques est la suivante : dans les premières, la transmission d'homme à homme par *A. aegypti* n'est que potentielle, tandis que dans les secondes elle est effectivement observée. Étant donné qu'on peut ne pas observer cette transmission par *A. aegypti* pendant des périodes de temps considérables, les mesures appliquées contre les provenances des zones endémiques et des zones épidémiques seront identiques.

1.6.3 Les mesures peuvent être permanentes en ce qui concerne les provenances des zones endémiques, mais, vis-à-vis des provenances des zones épidémiques, leur application peut être réduite à une année après le diagnostic du dernier cas humain ou à deux mois après que l'indice d'*A. aegypti* a été abaissé à 1 % ou moins.

1.6.4 Pour les besoins de la quarantaine internationale, la zone d'« endémicité amarile » d'Afrique délimitée par l'UNRRA en 1946, ainsi que les territoires ajoutés à cette zone depuis lors, doivent être considérés comme zones endémiques de fièvre jaune, selon la définition ci-dessus.

1.6.5 Il faut s'attendre à ce que les études épidémiologiques couvrant une longue période permettront, en fin de compte, de subdiviser la zone d'« endémicité amarile » d'Afrique en zones aussi clairement définies du point de vue épidémiologique que celles d'Amérique, de manière à permettre l'adaptation des mesures quaranténaires aux risques véritables.

## 2. Mesures recommandées concernant la lutte internationale contre la fièvre jaune

### 2.1 Mesures concernant les conditions sanitaires des aérodromes

#### 2.1.1 *Protection des bâtiments et lutte contre les moustiques sur les aérodromes internationaux*

Les experts ont recommandé que, dans les pays ou régions où existe *A. aegypti*, les bâtiments pour l'usage des passagers, des équipages et du personnel à terre soient mis à l'abri des moustiques (mosquito-proof).

Cette protection doit être rendue obligatoire dans les zones endémiques de fièvre jaune jusqu'à ce que l'indice d'*A. aegypti* ait été réduit et maintenu à zéro. Les bâtiments et, éventuellement, les réservoirs à eau devraient être régulièrement traités au moyen d'un insecticide à effet rémanent.

#### 2.1.2 *Zone sans constructions autour du périmètre des aérodromes internationaux*

2.1.2.1 Une zone sans constructions, large de 400 mètres, doit être établie et maintenue autour du périmètre<sup>5</sup> des aérodromes internationaux.

2.1.2.2 L'obligation d'établir cette zone doit être stricte en ce qui concerne les nouveaux aérodromes.

2.1.2.3 Pour les aérodromes existants, où l'établissement d'une telle zone présenterait des difficultés insurmontables, une zone de sécurité de 400 mètres doit tout au moins être maintenue exempte d'*A. aegypti* par l'application régulière d'un insecticide à effet rémanent aux murs et, éventuellement, aux réservoirs à eau.

2.1.2.4 De même, la zone sans constructions de 400 mètres, mentionnée sous 2.1.2.1, doit être maintenue exempte d'*A. aegypti*.

2.1.2.5 Dans les pays et régions où *A. aegypti* existe en dehors de la zone de sécurité, il doit être combattu et, si possible, éliminé.

2.1.2.6 Dans les pays et régions où *A. aegypti* existe en dehors de la zone de sécurité de 400 mètres, les personnes qui résident ou travaillent à l'intérieur de cette zone doivent être vaccinées contre la fièvre jaune.

2.1.2.7 Dans les pays et régions où existe la fièvre jaune, la population résidant près de l'aérodrome doit être vaccinée contre la fièvre jaune.

2.1.2.8 Dans les pays et régions où il n'y a pas de fièvre jaune, mais où les conditions sont favorables à son introduction et à son extension, la

<sup>5</sup> Le périmètre de l'aérodrome est la ligne qui circonscrit la zone où se trouvent les bâtiments de l'aérodrome et tous terrains utilisés ou susceptibles d'être utilisés pour le stationnement des aéronefs.

vaccination contre la fièvre jaune de la population qui réside aux alentours d'un aéroport est conseillée à titre de précaution.

## **2.2 Mesures quaranténaires applicables aux aéronefs, navires et autres véhicules**

2.2.1 Avant leur départ d'une zone de fièvre jaune, les véhicules doivent être soumis à la désinsection. Celle-ci peut être répétée dans le pays d'arrivée si les autorités sanitaires de celui-ci le jugent nécessaire.

2.2.2 Des certificats témoignant que cette désinsection a été effectuée doivent être délivrés.

## **2.3 Mesures applicables aux voyageurs (passagers et équipages)**

2.3.1 Tous les voyageurs quittant une zone endémique ou épidémique de fièvre jaune doivent subir avant leur départ les mesures quaranténaires nécessaires. Ces voyageurs doivent être en possession d'un certificat valable de vaccination contre la fièvre jaune ou doivent avoir été retenus en quarantaine pendant une période de 6 jours.<sup>6</sup>

2.3.2 C'est seulement dans les cas où les dispositions mentionnées sous 2.3.1 n'auraient pas été respectées que les autorités sanitaires du pays d'arrivée pourront imposer des mesures autres que l'examen médical des passagers et de l'équipage, la recherche d'*A. aegypti* à bord et, là où c'est nécessaire, la désinsection du véhicule (aéronef, navire, etc.)

### *2.3.3 Certificats valables de vaccination contre la fièvre jaune*

Les experts ont unanimement admis que, aux fins de la quarantaine, les certificats de vaccination contre la fièvre jaune doivent être reconnus valables depuis le dixième jour jusqu'à la fin de la sixième année après la vaccination. Ils ont cependant insisté sur le fait que l'on avait de nombreuses preuves que l'immunité effective existait dès le septième jour après la vaccination et persistait plusieurs années au-delà des six recommandées comme limite.

### *2.3.4 Certificats d'immunité contre la fièvre jaune*

Les experts ont recommandé l'abolition de ce certificat, étant donné qu'il n'était pratiquement jamais demandé et qu'il était impossible à des

<sup>6</sup> Si cette recommandation avait été acceptée par le Comité d'experts de l'Epidémiologie internationale et de la Quarantaine, elle rendrait nécessaire une nouvelle rédaction du dernier paragraphe de l'article 65 et la suppression des paragraphes 2 et 3 de l'article 67 du projet de Règlement sanitaire international, se trouvant dans le document de travail non publié WHO/Epid/22 ; toutefois, elle n'a pas été adoptée.

laboratoires de distinguer entre l'immunité acquise par la vaccination et celle consécutive à la maladie. On s'est rendu compte du fait qu'il n'y a pas de contre-indication à la vaccination de personnes en état d'immunité.

## **2.4 Rapports sur la présence d'*A. aegypti***

2.4.1 Dans les parties du monde où existe *A. aegypti*, les autorités sanitaires des ports et aéroports internationaux doivent faire rapport à l'OMS tous les trimestres, par courrier aérien, sur l'indice d'*A. aegypti* dans les dits ports.

Au cas où l'indice dépasserait 1 % dans des ports exclus des zones d'endémicité de la fièvre jaune, l'OMS devrait en être informée par télégramme et assurer la dissémination de ces renseignements par les moyens appropriés.

2.4.2 Les experts ont pris connaissance des progrès accomplis dans l'élimination d'*A. aegypti* en Amérique du Sud, où non seulement la plupart des ports et des grandes villes en ont été débarrassés, mais aussi la presque totalité du continent.

2.4.3 Les experts ont insisté sur l'intérêt qu'il y aurait à ce que de semblables campagnes pour la suppression totale d'*A. aegypti* soient entreprises en Afrique et dans d'autres régions où la fièvre jaune constitue une menace. Ils ont recommandé que l'OMS apporte une aide technique et/ou financière aux administrations sanitaires intéressées qui en exprimeraient le désir, pour la préparation et la réalisation de ces campagnes.

Il se peut, cependant, que la réalisation de telles campagnes ne soit possible que là où *A. aegypti* n'est pas un moustique des forêts.

## **3. Coordination des recherches sur la fièvre jaune**

3.1 Les experts ont été d'accord sur l'intérêt qu'il y aurait à ce que l'OMS coordonne les recherches concernant la fièvre jaune. Les méthodes recommandées pour cette coordination comportent :

3.1.1 une aide technique et, si nécessaire, financière aux laboratoires de la fièvre jaune desservant plusieurs pays en ce qui concerne la production de vaccin, les enquêtes sur l'immunité, les examens anatomo-pathologiques, etc., ainsi que l'établissement de tels laboratoires où le besoin s'en fait sentir ;

3.1.2 une liaison entre ces laboratoires et les autorités sanitaires et institutions intéressées à la fièvre jaune, dans le monde entier, par le moyen d'un expert-conseil itinérant et par l'échange de personnel technique ;

3.1.3 la centralisation et la distribution, par l'OMS, d'informations techniques sur la fièvre jaune ;

3.1.4 l'établissement d'un comité d'experts de la fièvre jaune.

3.2 Parmi les points nécessitant une collaboration et une clarification sur le plan international, les experts ont mentionné la détermination de la présence d'*A. aegypti* dans les forêts des pays asiatiques, une telle présence pouvant rendre plus difficile l'élimination de cette espèce.

---

# PUBLICATIONS DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

## ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ SÉRIE DE RAPPORTS TECHNIQUES

(Edition française et édition anglaise)

	Prix Fr. s.
1. Comité d'experts pour l'Unification des Pharmacopées : Rapport sur la quatrième session . . . . .	0,40
2. Comité d'experts pour la Standardisation biologique : Rapport sur la troisième session . . . . .	0,80
3. Comité d'experts pour la Standardisation biologique : Rapport du Sous-Comité des Vitamines liposolubles . . . . .	0,40
4. Comité d'experts des Insecticides : Rapport sur la première session	<i>A paraître</i>
5. Comité d'experts des Statistiques sanitaires : Rapport sur la première session . . . . .	0,40
6. Vaccination contre les maladies contagieuses courantes de l'enfance	0,60
7. Comité d'experts de la Tuberculose : Rapport sur la quatrième session	0,60
8. Comité d'experts du Paludisme : Rapport sur la troisième session .	1,20
9. Comité d'experts de la Santé mentale : Rapport sur la première session	1,20
10. Comité d'experts de l'Assainissement : Rapport sur la première session	1,—
11. Comité d'experts de la Peste : Rapport sur la première session . .	<i>A paraître</i>
12. Comité d'experts pour l'Unification des Pharmacopées : Rapport sur la cinquième session . . . . .	0,40
13. Comité d'experts des Maladies vénériennes : Rapport sur la troisième session . . . . .	0,80
14. Comité d'experts des Maladies vénériennes : Rapport du Sous-Comité de la Sérologie et des Techniques de Laboratoire . . . . .	1,—
15. Lutte antivenérienne aux Etats-Unis : Rapport de la Commission de l'OMS pour l'Etude de la Syphilis . . . . .	1,80
16. Comité mixte OAA/OMS d'experts de l'Alimentation et de la Nutrition : Rapport sur la première session . . . . .	0,60
17. Groupe mixte OIHP/OMS d'études sur la Bilharziose en Afrique : Rapport sur la première session . . . . .	0,40
18. Groupe mixte OIHP/OMS d'études sur le Choléra : Rapport sur la troisième session . . . . .	<i>A paraître</i>
19. Groupe consultatif d'experts de la Fièvre jaune : Rapport sur la première session . . . . .	0,40
20. Comité mixte OIT/OMS de l'Hygiène des Gens de Mer : Rapport sur la première session . . . . .	0,40
21. Comité d'experts des Drogues susceptibles d'engendrer la Toxicomanie : Rapport sur la deuxième session . . . . .	0,40

### Commandes en gros

Pour toute commande d'au moins 100 exemplaires, il est consenti aux administrations et organisations sanitaires une remise de 20 %. Adresser les commandes à l'Organisation Mondiale de la Santé, Section des Ventes, Palais des Nations, Genève, Suisse.

## BULLETIN DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

Le *Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé*, publié trimestriellement, est le principal organe scientifique de l'OMS. Il a succédé au *Bulletin mensuel de l'Office International d'Hygiène Publique* et au *Bulletin de l'Organisation d'Hygiène de la Société des Nations*. Le *Bulletin* est destiné à porter à la connaissance des gouvernements, des administrations sanitaires et du corps médical, des articles originaux sur des sujets scientifiques ou des questions de santé publique présentant une importance internationale, et à fournir des renseignements bibliographiques.

Le N° 4 du volume 2 du *Bulletin* contient, outre une partie bibliographique, les articles principaux suivants :

- Antibiotiques et sulfamides dans le traitement du trachome —  
*M. J. Freyche*
- Le lymphogranulome vénérien : Revue générale — *W. E. Coutts*
- Epidémiologie de la fièvre Q — *M. M. Sidky*
- La bilharziose, problème de santé publique dans le Pacifique —  
*W. H. Wright*
- Notes sur une collection de puces provenant du Pérou — *K. Jordan*
- Le paludisme dans la région frontière du Mexique et des Etats-Unis — *L. Vargas*
- Observations sur la fréquence des phlébotomes à la suite de campagnes de pulvérisations au DDT — *M. Hertig*
- Dosage du DDT résiduel : D'une méthode rapide pour déceler et doser de petites quantités de DDT sur les surfaces traitées —  
*Maria E. Alessandrini*
- Standardisation des épreuves sérologiques servant au diagnostic des fièvres du groupe typho-exanthématique — *A. Felix*
- Standardisation des épreuves d'agglutination servant au diagnostic : Fièvre typhoïde et fièvres paratyphoïdes A et B — *A. Felix*
- Standardisation des extraits de foie — *E. Lester Smith*
- Le troisième étalon international de digitale — *A. A. Miles & W. L. M. Perry*

et les notes et rapports ci-après :

- La lutte contre la peste à Tarente (Italie) en 1945/1946 : Compte rendu d'une campagne efficace d'extermination des rongeurs —  
*K. H. Schulz*
- Réactions de fixation du complément au moyen d'un antigène à base de cardioline comparées aux réactions de Kahn —  
*A. Bekierkunst & F. Milgrom*
- Enquête sur les maladies vénériennes en Afghanistan — *J. C. Cutler*
- Recherche du bacille tuberculeux : Revue des techniques de laboratoire — *M. M. Cummings*
- Evolution de la mortalité infantile en Islande — *J. Sigurjónsson*
- Les contributions de la statistique à la santé dans le monde —  
*P. Stocks*
- Examen psychiatrique des délinquants — *M. S. Guttmacher*

Prix de l'abonnement pour un volume . . . Fr. s. 24,—  
Le numéro . . . . . Fr. s. 6,—

Des suppléments relatifs à des travaux trop détaillés pour être inclus dans le *Bulletin* lui-même sont publiés de temps à autre.