CIRCULAIRE D'INFORMATION

Library reference copy
Not for loan

Date	Sujet	No.
Juin 1970	Santé publique	No. 17

NOUVELLES ET OPINIONS TIREES DES REVUES

La présente circulaire contient des extraits de revues médicales récentes, choisis en fonction de leur intérêt pour les problèmes régionaux, par le Dr A. Guinea, médecin à la Commission du Pacifique sud. Les six extraits sont les suivants :

1) Application de la bétaméthasone au traitement du tétanos.

2) Nouveaux développements dans le domaine du diabète.

3) Méningite à éosinophiles. Etat actuel de l'infection à Angiostrongylus cantonensis

4) Planification familiale et explosion démographique - Un point de vue.

5) Le thiabendazole, ses indications et ses limites.

6) Traitement des blessures provoquées par les "rascasses tropicales" (famille des Synancejidae)

* * * * * * * * *

1. APPLICATION DE LA BETAMETHASONE* AU TRAITEMENT DU TETANOS

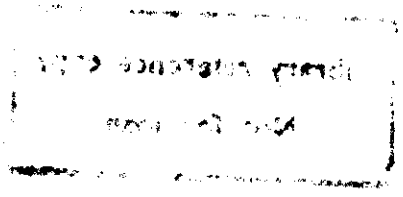
Les corticostéroïdes ont été appliqués avec des fortunes diverses au traitement du tétanos déclaré. Toutefois, dans la région où la présente étude a été réalisée, on a constaté que la bétaméthasone administrée tant par voie orale que par injections lors d'un essai préliminaire, avait fait passer la mortalité tétanique globale de 61 % à 18,5 %. Etant donné que dans la région en cause, la mortalité tétanique présente une variation saisonnière, un essai portant sur toute l'année a été entrepris et les résultats en sont rapportés dans ce qui suit.

---

* Betamethasone BP, USNF, (Bethesol)

Les opinions exprimées dans le présent document n'engagent que l'auteur et ne représentent pas nécessairement celles de la Commission du Pacifique sud.

SPC Library
41218
Bibliothèque CPS



L'étude portait sur 362 cas de tétanos observés en deux ans. Au cours de la première année, 170 malades ont joué le rôle de groupe témoin et ont reçu à ce titre un traitement antitétanique classique, tandis que les 192 autres, c'est-à-dire le groupe d'expérience, recevaient en plus de la bétaméthasone.

Traitement de routine :

Le traitement de routine comportait l'administration de sédatifs, de sérum antitétanique et d'une thérapeutique de soutien. Le principal sédatif employé était la prochlorpérazine, * additionnée de phénobarbital ou de paraldéhyde. Le sulfate de morphine, utilisé avec de bons résultats dans le groupe témoin, n'a été que rarement administré aux patients traités à la bétaméthasone, car des effets sédatifs se produisaient trop fréquemment.

Au début, le sérum antitétanique a été administré à raison de 10 000 unités par jour aux malades du groupe témoin. Au cours de l'année, la dose a été ramenée à 1500 unités par jour, sans modification de la mortalité. Parmi 148 malades, la mortalité a été de 62 % (52/84) pour ceux qui avaient reçu la dose la plus élevée, et de 64 % (41/64) pour ceux qui avaient reçu la dose la plus faible. (Le groupe soumis à l'essai clinique, a également reçu du sérum antitétanique à cette dose réduite).

Le traitement de soutien comportait notamment l'élévation du pied du lit d'une hauteur atteignant 20 à 30 cm et des injections intramusculaires de pénicilline pour prévenir les complications respiratoires.

Traitement par la bétaméthasone :

La bétaméthasone a été administrée aux malades des groupes d'expérimentation clinique tant par voie orale que par voie parentérale. (Injections intraveineuses chez les adultes et intramusculaires chez les nourrissons et les jeunes enfants). Pour l'administration par voie orale, deux posologies ont été utilisées, un groupe recevant 2-4 mg/jour, et l'autre 6-12 mg/jour. Dans les deux groupes, les injections parentérales ont été effectuées normalement.

On s'est aperçu que les adultes recevant une dose orale journalière moyenne de 8 mg avaient également besoin d'une injection intraveineuse de 14,3 mg en moyenne, cette dose tombant à 13,7 mg lorsque la dose administrée par voie orale était de 3,1 mg. Chez les enfants on a observé une

---

* "Sparine"

situation analogue : ceux qui recevaient 6,9 mg/jour par voie orale avaient besoin de 16,3 mg/jour par voie parentérale, tandis que pour ceux qui recevaient une dose orale journalière de 2 - 4 mg, la dose nécessaire par voie parentérale s'abaissait à 13,3 mg. En d'autres termes, le doublement de la dose orale n'a pas diminué la dose nécessaire par voie parentérale. On a constaté en outre, que la mortalité était nettement plus élevée chez les malades qui recevaient une forte dose par voie orale : 57 % (21/37) contre 44 % (7/16).

La dose moyenne journalière de bétaméthasone administrée pendant les 10 premiers jours aux adultes survivants du groupe à mortalité élevée était de 13,8 mg/jour, une dose plus faible étant dans l'ensemble nécessaire pour les huit jours suivants. Chez les enfants survivants la dose a été de 14,6 mg en moyenne pendant les 10 premiers jours et a décru ensuite pendant les cinq jours suivants.

Complications :

Seules deux complications attribuables à la bétaméthasone ont été observées, il s'agissait d'hémorragies et d'oedèmes céphaliques. Six cas d'hémorragies non gastriques - pour la plupart buccales et nasales - ont été observés parmi les malades traités à la bétaméthasone, surtout les enfants. L'administration systématique de vitamines C et K est restée sans effet, et seule une réduction de la dose a permis d'y mettre un terme. Six cas d'oedème céphalique ont été observés, dont trois associés à des hémorragies. Trois malades sont morts mais l'adjonction de KCl au traitement a réduit la fréquence de cette complication.

Résultats :

L'emploi de la bétaméthasone a permis d'obtenir une réduction très significative de la mortalité : de 61 % (103/170) dans le groupe témoin, elle est tombée à 37 % (70/192) dans le groupe soumis à l'essai clinique. Chez le groupe à "mortalité élevée" la mortalité est passée de 80 % (66/82) à 50 % (53/106). En outre, la bétaméthasone a permis d'accroître considérablement la marge de sécurité dans le traitement général des malades atteints de tétanos. Les effets sédatifs ont été réduits avec pour conséquence une amélioration de la fonction respiratoire et une meilleure coopération de la part du malade; l'alimentation, l'hydratation et les soins infirmiers ont été facilités et exécutés dans de meilleures conditions de sécurité. La bétaméthasone a permis, et ce n'est pas un de ses moindres avantages, de reprendre rapidement en main un cas aigu nouveau, le malade recevant dès son arrivée une injection i. v. de 8 mg de bétaméthasone + 50 mg de prométhazine ainsi que 1500 unités de sérum antitétanique.

La bétaméthasone a probablement une triple action : une action antihistaminique qui réduit l'oedème péricellulaire au voisinage des cellules motrices et des ganglions (l'efficacité de la bétaméthasone dans le cas de contusions cérébrales, d'éclampsie et paludisme cérébral appuie cette hypothèse), une action anticholinergique qui supplée à la défaillance des surrénales et satisfait à la demande forte et prolongée en corticostéroïdes, et enfin une action antitoxique qui s'exerce de la même manière que dans les autres toxémies infectieuses.

SANDERS, R.V.M., et al. "The Treatment of Tetanus with Special Reference to Betamethasone".
Trans. roy. Soc. trop. Med. Hyg., Vol. 63 No. 6 pp. 746-754, 1969.

2. NOUVEAUX DEVELOPPEMENTS DANS LE DOMAINE DU DIABETE

Bien que l'insuline et certains autres médicaments administrés par voie orale permettent d'améliorer grandement l'état des diabétiques, cette maladie continue de faire payer un lourd tribut de vies humaines. Les chercheurs estiment que l'élucidation des processus fondamentaux auxquels est liée cette affection permettra très probablement de mieux en venir à bout.

Une équipe de l'Université Monash (Australie), dirigée par le professeur Joseph Bornstein, a fait une découverte qui devrait permettre d'aborder d'une manière nouvelle le traitement clinique du diabète.

Un premier pas important a été de constater qu'en fait, la plupart des diabétiques sécrètent bien de l'insuline. On s'est aperçu que le sang de ces malades contient une substance qui entrave l'action de l'hormone, de sorte qu'une quantité supplémentaire d'insuline doit être fournie pour permettre l'utilisation normale du sucre par l'organisme. D'autres chercheurs ont remarqué qu'une injection d'hormone de croissance normalement présente en petites quantités dans l'organisme produisait une élévation de la glycémie analogue à celle que l'on rencontre dans le diabète; cette observation pourrait fournir une indication quant à la nature de la substance inconnue qui interfère avec l'insuline. D'ailleurs, ce qui est encore plus surprenant, c'est que l'élévation de la glycémie après l'injection est en fait précédée d'une chute passagère.

L'an dernier, le professeur Bornstein et ses collaborateurs ont annoncé qu'ils avaient isolé deux produits de dégradation de l'hormone de croissance qui, selon eux, pourraient expliquer la chute et l'élévation consécutives de la glycémie. L'une de ces substances (appelée polypeptide "ACG") pourrait, en intervenant à certains stades critiques du métabolisme du sucre sanguin et de sa conversion en lipides par l'organisme, expliquer la chute de la glycémie immédiatement après l'injection de l'hormone de croissance, et l'autre (appelée polypeptide "ING") pourrait en expliquer

la montée ultérieure. De plus, ces deux substances pourraient être responsables de tous les effets qu'exerce l'hormone de croissance sur le métabolisme des glucides et des lipides.

Chez l'individu sain, ces produits de dégradation sont probablement en équilibre, et il se pourrait qu'un déséquilibre entraîne l'apparition du diabète. Un traitement à l'ACG permettrait alors de rétablir l'équilibre et de normaliser le taux de dégradation et d'assimilation des sucres.

Le traitement d'animaux d'expérience par l'ACG a permis de confirmer ces vues. Les résultats ont même été si impressionnants qu'à l'hôpital Alfred, cinq diabétiques se sont volontairement soumis à des essais cliniques au cours desquels le produit leur a été administré sous une forme purifiée et stérilisée. Chez tous les patients, l'administration d'ACG a provoqué une chute durable de la glycémie, confirmant ainsi la valeur potentielle de ce nouveau médicament pour le traitement des cas graves de diabète, notamment lorsque la maladie est rebelle à la thérapeutique insulinique. Il est probable que de nombreux diabétiques capables de sécréter de l'insuline en réponse à des variations de la glycémie pourraient supporter un régime alimentaire normal si l'antagonisme insulinique pouvait être supprimé par l'ACG.

D'après "Monash, What's new in Education, Research and Community Service"
1er mars 1969

* * * * * * * * * * * * * *

3. MENINGITE A EOSINOPHILES, ETAT ACTUEL DE L'INFECTION A ANGIOSTRONGYLUS CANTONENSIS

On considère actuellement qu'Angiostrongylus cantonensis est l'agent étiologique de la forme commune de méningite à éosinophiles qui sévit dans le Pacifique et l'Asie du Sud-Est. Le présent document se propose de faire le bilan des connaissances actuelles sur la biologie, la distribution, le mode d'infection et d'excrétion de ce micro-organisme, à la lumière des travaux de divers chercheurs.

Les rongeurs, dont certaines espèces seulement sont les hôtes terminaux de A. cantonensis, sont contaminés par l'ingestion du troisième stade larvaire présent dans certains mollusques, lesquels jouent le rôle d'hôtes intermédiaires. Parmi ces rongeurs figurent ceux des genres Rattus Melomys et Bandicota. Plusieurs espèces de mollusques (escargots et limaces) jouent le rôle d'hôtes intermédiaires. Les planaires et les crustacés (crabes et crevettes d'eau douce) véhiculent le micro-organisme.

A l'intérieur de la zone tropicale, on a signalé la présence du parasite dans certaines îles proches de l'Afrique orientale, de l'Asie du sud et de l'est, ainsi que dans de nombreux secteurs du Pacifique avec, parmi les localités et pays les plus lointains, Okinawa, l'Australie

(Queensland), Madagascar et Tahiti. Dans le Pacifique la situation est la suivante:

	Présence signalée :	Apparemment absent :
A. Pacifique oriental (Polynésie)	Iles Hawaï Iles Cook, Rarotonga Iles de la Société: Bora Bora Huahine Moorea Raiatea Tohaa Tahiti	Iles Tokelau: Atafu Fakaofo Nukunono Iles Samoa: Savaii Upolu Tutuila Iles Tonga: Tongatapu
B. Pacifique central (Micronésie)	Iles Caroline: Babelthuap Koror Moen Pingalap Ponape Iles Mariannes: Guam Rota Saipan Tinian	Iles Marshall: Majuro
C. Pacifique occidental (Mélanésie)	Iles de la Loyauté: Lifou Nouvelle-Calédonie Nouvelle-Hébrides: Espiritu Santo Iles Salomon: Guadalcanal	Iles Wallis Uvéa Iles Fidji Viti Levu

L'angiostrongyloïdose humaine se contracte généralement dans les régions où l'infection est répandue parmi les rongeurs, les hôtes intermédiaires ou les porteurs. Elle est transmise par la consommation de produits d'origine animale crus ou peu cuits comme par exemple le jus de crevettes d'eau douce (le "taioro" ou "mitihue" de Tahiti), ou l'ingestion accidentelle de planaires terrestres avec des légumes crus (Nouvelle-Calédonie) et certaines espèces de crabes (grapsides: Micronésie). La fréquence de l'infection est souvent fonction des habitudes alimentaires.

Pour essayer de la combattre chez l'homme, on peut envisager les méthodes suivantes:

a) faire prendre conscience au public de la cause et des sources de l'infection;
b) assurer une cuisson et une congélation convenables des crustacés;
c) bien laver et examiner les légumes destinés à être consommés crus afin d'en éliminer les mollusques et les planaires terrestres;
d) éviter de boire l'eau des étangs;
e) détruire les rongeurs.

Il y a tout lieu de croire qu'au cours de ce siècle, l'angiostrongyloïdose humaine s'est propagée sous les tropiques en direction de l'est après avoir pris naissance à Madagascar, puis a gagné l'Asie méridionale et orientale pour atteindre finalement l'ensemble du Pacifique. Toute mesure propre à prévenir l'exportation de rongeurs infectés ou d'hôtes intermédiaires des zones touchées aux régions indemnes est très précieuse car elle contribue à éviter que le parasite ne continue à se propager.

ALICATE, J.E. "Present Status of Angiostrongylus cantonensis Infection in Man and Animals in the Tropics."
J. trop. Med. Hyg., Vol. 72, No. 3, pp. 53 - 63, 1969

* * * * * * *

4. MULTIPLIEZ-VOUS ET MOUREZ DE FAIM... LA PLANIFICATION FAMILIALE ET L'EXPLOSION DEMOGRAPHIQUE - UN POINT DE VUE

Passant en revue les problèmes de planification familiale posés par l'explosion démographique et ses conséquences, l'article en question souligne que selon une hypothèse implicitement contenue dans les programmes de planification, les couples auraient moins d'enfants si des moyens contraceptifs adéquats étaient mis librement à leur disposition. Si l'on considère le déclin du taux de natalité au 19ème siècle à la suite de la révolution industrielle et de l'évolution socio-économique, il semble qu'il y ait désaccord entre la planification familiale et la planification démographique. Des études récentes ont montré que dans des pays comme Taiwan et la Corée du Sud, tenus pour des modèles du genre, il est difficile de se rendre compte si le programme a contribué dans une mesure plus que marginale à un déclin de la natalité qui se serait produit de toutes façons. Selon d'autres études, une analyse de la situation pourrait donner à penser que la fécondité des gens pauvres et incultes provient de ce qu'ils n'ont pas accès aux services de planification familiale, alors qu'en fait, aux Etats-Unis, ces mêmes gens bénéficient de conseils en la matière mais préfèrent ne pas les suivre.

Il semblerait qu'à côté de l'influence exercée par les programmes de planification, il existe un grand nombre d'autres facteurs à faire entrer en ligne de compte. Il s'agit non seulement des attitudes traditionnelles ou religieuses vis-à-vis de la procréation, mais encore de l'ensemble du système d'incitations socio-économiques que toute société utilise pour assurer sa propre continuité. Parmi ces incitations figurent évidemment les allocations familiales. L'auteur conclut qu'en l'absence de méthodes plus radicales et plus efficaces pour limiter l'expansion de la population, les programmes de planification familiale heurtent relativement peu les convictions politiques et religieuses et donnent l'impression qu'on "fait quelque chose" pour contenir l'explosion démographique sans pour autant imposer une évolution sociale traumatisante. L'auteur estime que la mise au point de nouvelles méthodes contraceptives telle que "la pilule du lendemain matin" ou la pilule pour les hommes ne peut que stimuler la planification familiale à travers le monde, mais il serait dangereux de croire que ces méthodes ou tout autre progrès technique permettront d'apporter une solution scientifique à un problème qui est essentiellement d'ordre politique et sociologique. Certes, la fédération internationale de planification familiale a toute raison d'être fière de constater qu'un nombre croissant de pays soutiennent ou tolèrent les efforts déployés en la matière, mais il reste qu'aucun gouvernement n'a encore mis sur pied un programme visant à imposer une réduction du nombre d'enfants. Rien ne garantit non plus que, si les programmes de planification familiale atteignent tous leurs objectifs, les familles se comporteront d'une manière propre à entraîner une limitation de l'explosion démographique. C'est faire preuve d'une certaine naïveté que de s'imaginer qu'on peut par la seule persuasion et sans recourir à la loi, amener les individus à limiter le nombre de leurs enfants dans l'intérêt supérieur de la société.

NATURE, vol. 223, No. 5209, pp. 877 - 878, 1969

* * * * * * * * * * *

5. LE THIABENDAZOLE, SES INDICATIONS ET SES LIMITES

Après avoir fait la preuve de son efficacité en médecine vétérinaire, le thiabendazole est utilisé chez l'homme dans le traitement des helminthiases, depuis 1961, et l'étendue de son spectre lui confère une importance particulière, en raison du polyparasitisme habituel des habitants des régions tropicales.

Afin de préciser les limites de son efficacité et de sa tolérance, les auteurs ont fait l'analyse des travaux antérieurs et l'étude de 253 traitements réalisés par eux-mêmes. Les conclusions sont les suivantes:

Tolérance et toxicité:

Le thiabendazole, utilisé sous forme de comprimés à croquer, dosés à 500 mg, est l'un des meilleurs antihelminthiques. Les comprimés ont un goût agréable et sont croqués sans difficulté, même par les enfants. Les effets secondaires sont minimes à condition de prendre le médicament après les repas, de diviser la dose quotidienne et d'éviter les posologies supérieures à 50 mg/kg/jour. Le traitement peut être ambulatoire et la toxicité du médicament est pratiquement nulle.

Résultats:

1. Le thiabendazole est le meilleur traitement de l'anguillulose (90 - 95 % de guérisons). Les résultats sont excellents avec quatre doses de 15 mg/kg en 48 heures, ou avec deux doses de 25 mg/kg prises à 12 heures d'intervalle, ou encore avec une dose unique de 25 ou 50 mg/kg.

2. Les résultats sont bons dans l'oxyurose (79,5 %), l'ascaridiose (70,1 %) et l'ankylostomiase (58,9 %). L'amélioration est constante, souvent importante. Les échecs complets sont très rares. Une dose unique de 25 - 50 mg/kg est parfois suffisante dans l'ascaridiose et l'oxyurose, mais insuffisante dans l'ankylostomiase. Il est préférable de diviser la dose quotidienne et de la renouveler pendant deux ou trois jours.

3. Les résultats sont médiocres dans la trichocéphalose (34,6 %) où les échecs complets sont aussi fréquents que les guérisons.

4. Les résultats sont peu encourageants dans les taeniases, les protozooses et les filarioses.

5. Le thiabendazole est le médicament de choix des affections provoquées par les migrations des larves de nématodes: trichinose, migrations larvaires viscérales (larva migrans), etc.

6. Dans la méningite à éosinophiles, l'efficacité sur les signes cliniques et biologiques est médiocre et la durée de l'évolution n'est pas raccourcie de manière significative.

7. Grâce à son efficacité sur les différents nématodes, il peut être utilisé avec succès dans les éosinophilies tropicales, notamment lorsqu'elles sont rebelles à la diéthylcarbamizine.

8. Son utilisation locale est justifiée dans les mycoses superficielles.

Tiré de: THOMAS, J., et al. "Le thiabendazole, antihelmintique à large spectre ses indications et ses limites".
Méd. Trop. Vol. 29, No. 1, pp. 7 - 36, 1969

* * * * * * *

6. TRAITEMENT DES BLESSURES INFLIGEES PAR LA "RASCASSE TROPICALE" (FAMILLE DES SYNANCEJIDAE)

I. Traitement

Les méthodes de traitement sont d'une grande diversité, mais quelles qu'elles soient, leurs principes de base et leurs buts restent les mêmes, à savoir détruire ou réduire localement le venin, retarder sa diffusion dans l'organisme, neutraliser ses effets lorsque l'absorption a eu lieu, soulager la douleur et prévenir l'infection de la blessure.

a) Traitement local et mesures visant à empêcher la diffusion du venin

L'excision directe, suivie d'une forte succion puis d'un lavage abondant peut se révéler utile et s'effectuer sans difficulté au moment de la piqûre. On immergera ensuite, le plus vite possible, le pied dans l'eau à la température la plus élevée que le patient puisse supporter, car le venin est thermolabile. La pose d'un tourniquet pas trop serré le plus près possible de la blessure permettra de réduire ou de ralentir la diffusion du venin dans l'organisme.

b) Neutralisation des effets généraux du venin

Il convient d'instituer une thérapeutique spécifique sous la forme de l'"antivenin de rascasse tropicale" (Commonwealth Serum Laboratories, Australie), dont une dose de 2 ml sera administrée par voie intramusculaire le plus rapidement possible. L'héparine (500 mg dans 500 ml de sérum physiologique glucosé) injectée quotidiennement par voie intraveineuse ainsi que les antihistaminiques de synthèse se sont révélés intéressants à l'usage et en l'absence d'un antivenin spécifique. En cas de syncope, on pourra faire une injection intraveineuse de **néosynéphrine**.

c) Suppression de la douleur

On peut utiliser n'importe quel type d'analgésique, toutefois aucun d'eux n'offre d'avantage particulier; on emploiera celui qu'on aura sous la main. Une injection tout autour de la blessure d'une des solutions suivantes: 0,5 à 1 ml de permanganate de potassium à 1 %, 0,5 à 1 ml de chlorhydrate d'émétine (60 mg dans 1 ml) ou anesthésique local à 1 %, permet de soulager la douleur. A cet égard, la solution de chlorhydrate d'émétine est probablement la plus efficace des trois.

d) Réduction de la blessure et prévention de l'infection

Lorsqu'il y a nécrose, il faut exciser largement les tissus morts et procéder à une toilette antiseptique minutieuse de la blessure. En général, celle-ci guérit par granulation mais il est parfois nécessaire de recourir à la greffe. Il peut être souhaitable d'administrer des antibiotiques et du sérum antitétanique pour éviter qu'une infection locale ou générale ne

se déclare, mais cela dépend dans une large mesure des circonstances.

En général, les résultats seront d'autant plus satisfaisants que le traitement aura été précoce.

II. Prévention

Tous ceux qui pénètrent dans les hauts-fonds doivent protéger leurs pieds et, s'ils pêchent ou touchent des rochers, protéger leurs mains. Cette protection doit être assez résistante car on a vu les épines de la rascasse transpercer la semelle d'une chaussure de tennis ordinaire. Etant donné que tous ne prendront pas ces précautions, il est souhaitable de se munir d'antivenin, de néosynéphrine injectable, d'une solution de chlorhydrate d'émétine et d'analgésiques, sans oublier le matériel d'injection approprié car ces piqûres de rascasse peuvent se produire dans des secteurs éloignés.

* * * * * * * * * * * * * * *

Texte original: anglais

REFERENCES :

1. BAGNIS, R. "A propos de 51 cas de piqûres venimeuses par la 'rascasse' tropicale Synanceja verrucosa dans les îles de la Société et des Tuamotu".
Méd. Trop., Vol. 28, N°5, pp. 612-620, 1968.

2. Literature, Commonwealth Serum Laboratories, Melbourne, Australie.

3. MANSON-BAHR, P.H. "Manson's Tropical Diseases".
Publisher - Baillière, Tindall and Cassell, Londres, 1966.

4. MILLS, A.R. "Poisonous Fish in the South Pacific". J. trop. Med. Hyg., Vol. 59, N°5, pp. 99-105, 1956.

5. WHITLEY, G.P. "Poisonous and Harmful Fishes". Council for Scientific and Industrial Research Bulletin N°159 (Australie).

6. PHELPS, D.R. "Stonefish Poisoning".
Med. J. Aust., Vol.1, N°8, pp. 293, 1960.

* * * * * * * * *

DEJA PARUS DANS CETTE SERIE

		Sujet
1.	Session annuelle du Comité de l'OIE. Rapport de l'observateur de la CPS. Septembre 1968	Production et santé animales
2.	Publications de la Commission du Pacifique Sud. Octobre 1968	Publications
3.	La plongée en apnée - Ses accidents. Mars 1969	Santé publique
4.	Niveau "A" : Notification de l'Australie relative aux règlements sur la péripneumonie bovine. Mars 1969	Information phyto- et zoosanitaire
5.	Rapport sur un voyage fait à Nouméa, à Brisbane, dans le Territoire de Papouasie et Nouvelle-Guinée et dans le Protectorat britannique des îles Salomon. Mars 1969	Cultures tropicales
6.	Niveau "A" : L'enseignement agricole - Bulletin N°1. Avril 1969	Enseignement et vulgarisation agricoles
7.	Le rôle des aéronefs dans l'introduction et la propagation des culicoïdes et d'autres espèces d'insectes. Mai 1969	Santé publique
8.	Les maladies diarrhéiques chez l'adulte. Mai 1969	Santé publique
9.	Niveau "A" : L'enseignement agricole. Bulletin N°2. Mai 1969	Enseignement et vulgarisation agricoles
10.	Niveau "A" : L'enseignement agricole. Bulletin N°3. Novembre 1969	Enseignement et vulgarisation agricoles
11.	Stages d'études sur la vulgarisation agricole - Samoa occidentales. Mai 1969	Enseignement et vulgarisation agricoles
12.	Asian - Pacific Weed Science Society - Décembre 1969	Cultures tropicales

		Sujet
13.	The Status and Potential of the Chilli Industry in the Solomon Islands. Décembre 1969	Cultures tropicales
14.	La planification de l'emploi dans le Pacifique Sud. Mars 1970	Général
15.	Fibreglass Water Tanks. Avril 1970	Public Health Engineering
16.	Congrès mondial de la jeunesse. Mai 1970	Questions de jeunesse
17.	Nouvelles et opinions tirées des revues	Santé publique