



WEEKLY EPIDEMIOLOGICAL RECORD

RELEVÉ EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE

31 JULY 1992 • 67th YEAR

67^e ANNÉE • 31 JUILLET 1992

CONTENTS	SOMMAIRE
Global Programme on AIDS — Unexplained severe immunosuppression in adults without evidence of HIV infection 229	Programme mondial de lutte contre le SIDA — Immunodépression grave inexpliquée chez l'adulte sans preuve d'infection à VIH 229
Dracunculiasis — Update: dracunculiasis eradication, Ghana and Nigeria, 1991 230	Dracunculose — Mise à jour: éradication de la dracunculose, Ghana et Nigéria, 1991 230
Seroepidemiology of measles, mumps and rubella, Singapore 231	Séroépidémiologie de la rougeole, des oreillons et de la rubéole, Singapour 231
Influenza 233	Grippe 233
Hydatid disease, 1988-1990, Spain 233	Hydatidose, 1988-1990, Espagne 233
Yellow-fever vaccinating centres for international travel — Amendments to 1991 publication 235	Centres de vaccination contre la fièvre jaune pour les voyages internationaux — Amendements à la publication de 1991 235
Food virology — Documents available 236	Virologie alimentaire — Documents disponibles 236
Diseases subject to the regulations 236	Maladies soumises au règlement 236

Global Programme on AIDS

Unexplained severe immunosuppression in adults without evidence of HIV infection

The epidemiological, laboratory and clinical data collected since the beginning of the AIDS pandemic in the early 1980s confirm that HIV is the cause of AIDS. HIV infection is primarily sexually transmitted. Other routes of transmission include transfusion of HIV-infected blood or blood products, and transmission from an HIV-infected woman to her infant.

Since 1989, there have been 12 publications reporting sporadic cases of unexplained severe immunosuppression in adults without serological or virological evidence of HIV infection in Australia, Denmark, France, Germany, Spain, the United Kingdom, and the United States of America, the most recent appearing in this week's issue of the *Morbidity and Mortality Weekly Report* of the Centers for Disease Control in Atlanta, United States of America. The clinical and immunological status of these cases pointed to the presence of a severe immune deficiency. However, no laboratory evidence of HIV infection could be found by serology, viral culture or polymerase chain reaction (PCR).

Because of the urgent need to understand their cause and epidemiological significance, WHO is conducting an initial survey, in selected countries, of well-described cases of unexplained severe immunosuppression in adults in the absence of HIV infection.

WHO will convene an international meeting in the near future to summarize all available information, formulate public health guidelines and make recommendations for further research.

Programme mondial de lutte contre le SIDA

Immunodépression grave inexpliquée chez l'adulte sans preuve d'infection à VIH

Les données épidémiologiques, de laboratoire et cliniques recueillies depuis le commencement de la pandémie de SIDA au début des années 80 confirment que le VIH (virus de l'immuno-déficience humaine) est la cause du SIDA. L'infection à VIH est principalement transmise par la voie sexuelle. Mais le VIH peut aussi être transmis par d'autres voies, notamment par la transfusion de sang ou de produits sanguins infectés par le VIH, ou d'une mère infectée par le VIH à son enfant.

Depuis 1989, 12 publications ont rapporté des cas sporadiques chez l'adulte d'une immunodépression grave inexpliquée, mais qui n'est pas accompagnée des signes sérologiques ou virologiques d'une infection à VIH, en Allemagne, en Australie, au Danemark, en Espagne, en France, aux Etats-Unis d'Amérique et au Royaume-Uni. Le rapport le plus récent paraît cette semaine dans *Morbidity and Mortality Weekly Report* publié par les Centers for Disease Control d'Atlanta, Etats-Unis d'Amérique. L'état clinique et immunologique de ces cas indique la présence d'un déficit immunitaire grave. Pourtant, aucune preuve d'infection à VIH n'a pu être obtenue en laboratoire que ce soit par sérologie, culture cellulaire ou par des techniques d'amplification de l'ADN (PCR).

Il est urgent de comprendre la cause et l'importance épidémiologique de ces affections; par conséquent, l'OMS mène une première enquête, dans certains pays, sur les cas précisément décrits d'immunodépression grave inexpliquée qui se sont produits chez des adultes en l'absence d'une infection à VIH.

L'OMS organisera sous peu une réunion internationale afin de résumer toutes les données disponibles, et de formuler des directives de santé publique et des recommandations concernant les recherches à poursuivre dans l'avenir.

Dracunculiasis

Update: Dracunculiasis eradication, Ghana and Nigeria, 1991

Ghana and Nigeria, the two countries with the highest number of known cases of dracunculiasis in 1991, recorded substantial declines in the reported incidence of the parasitic infection caused by *Dracunculus medinensis*. Provisional surveillance data from 1991 indicate that the combined incidence of dracunculiasis declined by 32.7% in the two countries since 1990 and by 57.5% since 1989 (Fig. 1).¹ This report summarizes surveillance data for these two countries.

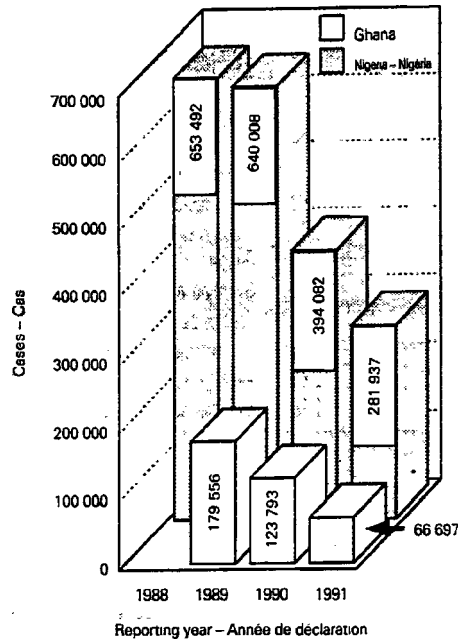
Dracunculose

Mise à jour: Éradication de la dracunculose, Ghana et Nigéria, 1991

Le Ghana et le Nigéria, les deux pays où le nombre de cas répertoriés en 1991 était le plus élevé, ont enregistré un recul notable de l'incidence de la parasitose due à *Dracunculus medinensis*. Les données provisoires de surveillance pour 1991 indiquent que l'incidence de cette parasitose a reculé de 32,7% dans les deux pays depuis 1990 et de 57,5% depuis 1989 (Fig. 1).¹ Le présent rapport récapitule les données de surveillance pour ces deux pays.

Fig. 1 Dracunculiasis cases, Ghana, 1989-1991, and Nigeria, 1988-1991*

Fig. 1 Cas de dracunculose, Ghana, 1989-1991, et Nigéria, 1988-1991*



* For 1991, cases in Ghana were obtained from monthly village-based reports, and the number of cases in Nigeria is provisional. Pour 1991, le nombre de cas au Ghana est tiré des rapports mensuels de village et le nombre de cas au Nigéria est provisoire.

Ghana. Since 1989, the number of reported cases has decreased by 62.8%. In addition, during 1991 the number of villages with endemic dracunculiasis declined from 5 111 to 3 718 — including 469 villages newly detected during the year — a net reduction of 27.3%. At the end of 1991, more than 81.3% of the known villages with endemic disease were reporting to national authorities on time (i.e., within 30 days of the end of the reporting month); most of the remaining villages reported late.

Nigeria. Since 1989, the number of reported cases has decreased by 55.9%. In addition, the number of villages where the disease was endemic declined from 5 270 in 1990 to 4 908 in 1991, a reduction of 6.9%. States recording the highest individual reduction in cases from 1990 to 1991 included Kwara (54.8%), Ondo (48.1%), and Enugu (31.9%). Sokoto State, with 50 452 cases in 1991, recorded a reduction of 9.5% in the number of cases from 1990 to 1991.

MMWR Editorial Note: The substantial reduction in the incidence of dracunculiasis in Ghana and Nigeria has been associated with specific interventions (i.e., health education and social mobilization, and targeted provision of safe drinking-water to populations at risk) that were implemented during the respective national dracunculiasis eradication programmes. The more rapid reduction in the number of villages in Ghana where the disease was endemic may reflect in part the smaller population of most villages

¹ See No. 17, 1992, pp. 121-127.

Ghana. Depuis 1989, le nombre de cas déclarés a reculé de 62,8%. En outre, courant 1991, le nombre de villages où la dracunculose était endémique est passé de 5 111 à 3 718 — y compris les 469 nouveaux villages qui avaient été repérés au cours de l'année — soit une réduction nette de 27,3%. Fin 1991, plus de 81,3% des villages où la maladie était endémique avaient fait leur déclaration en temps voulu aux autorités nationales (c'est-à-dire dans les 30 jours suivant la fin du mois de déclaration); la plupart des villages restants ont fait des déclarations tardives.

Nigéria. Depuis 1989, le nombre de cas signalés a reculé de 55,9%. De plus, le nombre de villages où la maladie était endémique est passé de 5 270 en 1990 à 4 908 en 1991, soit une diminution de 6,9%. Les États qui ont enregistré la réduction la plus importante du nombre de cas entre 1990 et 1991 sont ceux de Kwara (54,8%), d'Ondo (48,1%), et d'Enugu (31,9%). L'État de Sokoto, avec 50 452 cas en 1991, a enregistré une réduction de 9,5% entre 1990 et 1991.

Note de la Rédaction du MMWR: La réduction sensible survenue dans l'incidence de la dracunculose au Ghana et au Nigéria est liée à des interventions précises (éducation pour la santé et mobilisation sociale, fourniture d'eau de boisson saine aux populations à risque) qui s'inscrivaient dans le cadre de leurs programmes nationaux respectifs d'éradication de la dracunculose. La réduction plus rapide du nombre de villages d'endémie observée au Ghana pourrait en partie s'expliquer par le fait que la plupart des villages ghanéens étaient moins peuplés que ceux du Nigéria. Le Ghana compte

¹ Voir N° 17, 1992, pp. 121-127.

in Ghana compared with those in Nigeria. Ghana now has fewer cases of dracunculiasis than Uganda, which has recorded more than 100 000 cases since initiating its first national search of cases in 1991.

Both Ghana and Nigeria plan to implement more rigorous monitoring of interventions in 1992 in villages where the disease is endemic, as well as expanded use of Abate® (temephos) for control of the intermediate host of the parasite in selected villages. During the 1991 reporting period, Ghana completed its transition to monthly surveillance by village-based health workers; Nigeria will complete its transition during 1992.

(Based on: Morbidity and Mortality Weekly Report, 41, No. 22, 1992; US Centers for Disease Control.)

désormais moins de cas de dracunculose que l'Ouganda, qui en a enregistré plus de 100 000 depuis le lancement de sa première campagne nationale de dépistage en 1991.

Le Ghana et le Nigéria ont l'intention de mettre en place un contrôle plus rigoureux de leurs interventions en 1992 dans les villages où la maladie est endémique, et de développer également l'utilisation de l'Abate® (téméphos) pour détruire l'hôte intermédiaire du parasite dans un certain nombre de ces villages. Au cours de la période de déclaration de 1991, le Ghana est passé à la surveillance mensuelle par des agents de santé de village; le Nigéria passera à ce système en 1992.

(D'après: Morbidity and Mortality Weekly Report, 41, N° 22, 1992; US Centers for Disease Control.)

Seroepidemiology of measles, mumps and rubella

Singapore. A seroepidemiological survey was conducted to assess the level of immunity of the population against measles, mumps and rubella (MMR) prior to the introduction of trivalent MMR vaccine into the national childhood immunization programme in 1990. Blood samples were collected from healthy children and adults between 6 months and over 45 years of age and submitted to the Singapore General Hospital for analysis. Antibodies to measles, mumps and rubella were tested by enzyme immunoassay using commercial test kits.

Results

A total of 500 blood samples comprising 100 from each of the age groups 0-4 and 5-9 years, and 50 from each of the age groups 10-14, 15-19, 20-24, 25-34, 35-44 and ≥45 years were obtained. There were slightly more males than females, with a ratio of 1.36:1.

Overall 91.4%, 72.0% and 47.6% of the population possessed antibodies to measles, mumps and rubella, respectively. The antibody prevalence for measles increased from 76% in children below 5 years of age to between 92% and 100% in older children and adults (Fig. 1). In the 0-4 year age group, 58 (96.7%) of 60 children aged 12 months and older were positive.

Séroépidémiologie de la rougeole, des oreillons et de la rubéole

Singapour. Une enquête séroépidémiologique a été conduite pour établir l'état immunitaire de la population contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR) avant l'introduction, en 1990, du vaccin trivalent ROR dans le programme national de vaccination des enfants. Des échantillons de sang ont été prélevés sur des enfants et des adultes bien portants âgés de 6 mois à plus de 45 ans et soumis pour examen à l'hôpital général de Singapour. Le titrage immunoenzymatique à l'aide de nécessaires d'épreuve disponibles dans le commerce a été utilisé pour la recherche d'anticorps dirigés contre la rougeole, les oreillons et la rubéole.

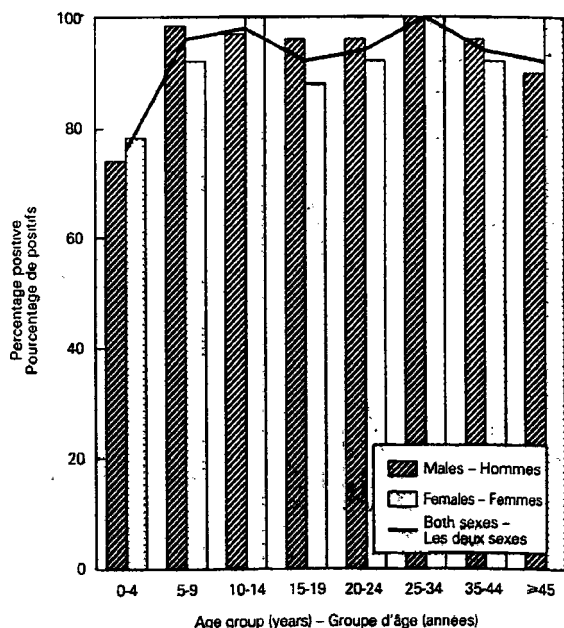
Résultats

On a prélevé au total 500 échantillons de sang, soit 100 échantillons pour chacun des groupes d'âge 0-4 ans et 5-9 ans et 50 échantillons pour chacun des groupes d'âge 10-14 ans, 15-19 ans, 20-24 ans, 25-34 ans, 35-44 ans et 45 ans et plus. Les sujets de sexe masculin étaient légèrement plus nombreux que ceux de sexe féminin, avec un rapport de 1,36:1.

En tout, 91,4%, 72,0% et 47,6% des sujets étaient porteurs d'anticorps dirigés respectivement contre la rougeole, les oreillons et la rubéole. Le taux de séropositivité pour la rougeole, de 76% chez les enfants de moins de 5 ans, atteignait entre 92 et 100% chez les enfants plus âgés et les adultes (Fig. 1). Dans le groupe d'âge 0-4 ans, 58 enfants sur 60 (96,7%) âgés de 12 mois et plus étaient positifs.

Fig. 1 Age- and sex-specific prevalence of antibody to measles virus, Singapore, 1989-1990

Fig. 1 Taux de séropositivité pour la rougeole en fonction de l'âge et du sexe, Singapour, 1989-1990

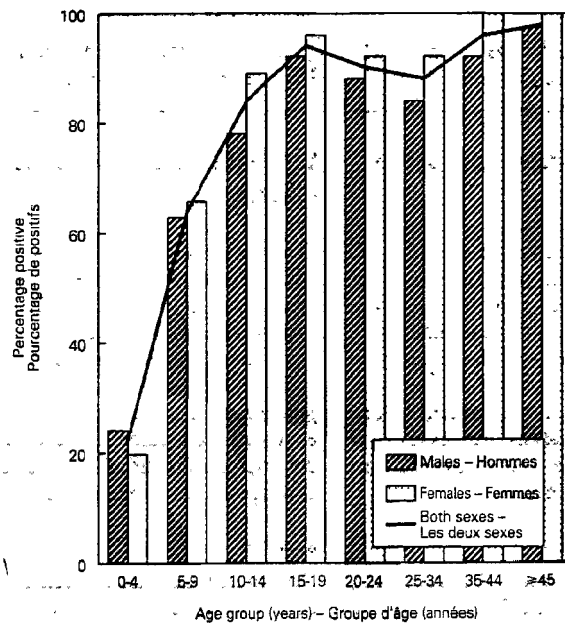


In the case of mumps, the antibody prevalence was 22% in the 0-4-year age group and 64% in the 5-9-year age group. It increased markedly to 84% in the 10-14-year age group, and was then maintained at between 88% and 98% in the older age groups (Fig. 2).

Pour les oreillons, le taux de séropositivité était de 22% dans le groupe 0-4 ans et de 64% dans le groupe 5-9 ans. Il augmentait ensuite sensiblement, passant à 84% dans le groupe 10-14 ans, puis se maintenait entre 88% et 98% dans les groupes plus âgés (Fig. 2).

Fig. 2 Age- and sex-specific prevalence of antibody to mumps virus, Singapore, 1989-1990

Fig. 2 Taux de séropositivité pour les oreillons en fonction de l'âge et du sexe, Singapour, 1989-1990

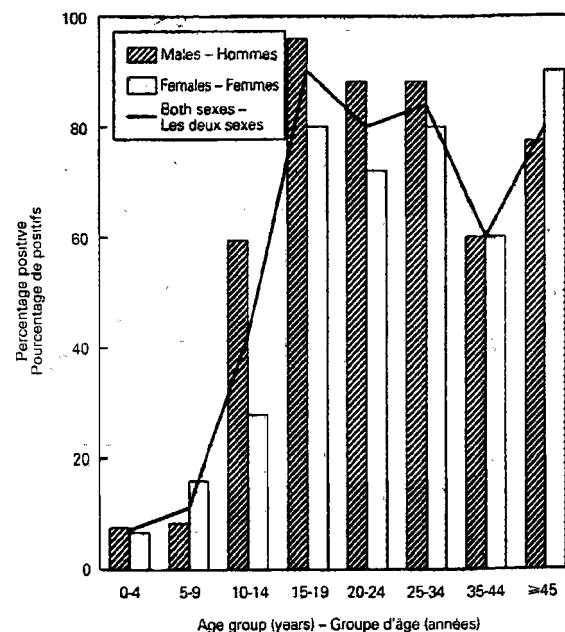


The antibody prevalence for rubella was low in children below 10 years of age (7%-11%), but it doubled from 42% in the 10-14-year age group to 90% in the 15-19-year age group. In adults, the level was maintained at above 80%. However, the prevalence was relatively low (60%) in the 35-44-year age group (Fig. 3).

La proportion de sujets porteurs d'anticorps contre la rubéole était faible chez les moins de 10 ans (7%-11%) mais elle passait de 42% chez les 10-14 ans à 90% chez les 15-19 ans. Chez les adultes, le taux se maintenait à plus de 80%. Toutefois, il était relativement faible (60%) dans le groupe 35-44 ans (Fig. 3).

Fig. 3 Age- and sex-specific prevalence of antibody to rubella virus, Singapore, 1989-1990

Fig. 3 Taux de séropositivité pour la rubéole en fonction de l'âge et du sexe, Singapour, 1989-1990



There was no statistically significant difference in the age-adjusted antibody prevalence either by sex or by ethnic group for measles, mumps and rubella.

Comments

Monovalent measles and rubella vaccines were introduced into the national childhood immunization programme in 1976. Measles vaccine was administered to 1-year-old preschool children and rubella vaccine to 12-year-old female primary school leavers. Male primary school leavers were also immunized against rubella since 1982.

The impact of the measles immunization programme is clearly shown by the high level of antibody prevalence (>95%) in children above 1 year of age. Those born before the vaccination programme and who were positive must have acquired natural infection from circulating wild measles virus.

As for the rubella vaccination programme, the result is seen in the 15-24-year age group which has an antibody prevalence of 85%.

With the introduction of MMR vaccine at 12 months of age, the immunity of the childhood population against mumps and rubella will be raised to a level similar to that of measles. As more than 20% of females 15-44 years of age are susceptible to rubella, the risk of infection to unimmunized pregnant women is still high. Congenital rubella can only be eliminated if every woman in the reproductive age group is immunized against rubella. Women should be advised to have themselves immunized before they plan for a child. Rubella immunization is offered at maternal and child health clinics to married women and mothers who have just delivered their first babies in government hospitals. Information brochures on the prevention of rubella and the availability of rubella immunization services for women are available at all government primary health care clinics.

(Based on: Epidemiological News Bulletin, Vol. XVII, No. 5, May 1991; Committee on Epidemic Diseases.)

Influenza

Papua New Guinea (26 June 1992).¹ Influenza B was diagnosed by detection of the virus antigen in a child in Goroka.

South Africa (23 July 1992).² Influenza A and B viruses have continued to be isolated in the Johannesburg area. Since mid-June, influenza A viruses have been more common than influenza B and they have been associated with local outbreaks. All influenza A viruses further identified were of H3N2 subtype.

¹ See No. 25, 1992, p. 191.

² See No. 27, 1992, p. 203.

Hydatid disease

1988-1990

Spain. Hydatid disease, or echinococcosis, is the most common parasitic zoonosis in Spain. In addition, the high economic cost of this disease, not only in terms of health care and disability, but also in terms of reduced yield from livestock, makes this a parasitic disease of major concern. One hundred and three cases in man were reported in 1988, 93 in 1989, and 92 in 1990.

The trend in hydatid disease from 1982 to 1990 fits a parabolic curve which appears to have peaked around 1986-1987 (Fig. 1).

The geographical distribution of this zoonosis is linked to environmental factors, including ecological, soil-related, climatological and social aspects. The highest rates in the reporting period 1989-1990 were observed in La Rioja, Aragon, Castilla-La Mancha et Castilla-León.

Aucune différence statistiquement significative n'a été révélée dans les taux de séropositivité corrigés de l'âge, par sexe ou appartenance ethnique, pour la rougeole, les oreillons et la rubéole.

Observations

Des vaccins monovalents contre la rougeole et la rubéole ont été introduits en 1976 dans le programme national de vaccination des enfants. Le vaccin antirougeoleux était administré aux enfants d'un an et le vaccin contre la rubéole aux filles de 12 ans terminant leurs études primaires. Depuis 1982, ce vaccin était également administré aux garçons en fin d'études primaires.

Le taux élevé de séropositivité (>95%) chez les enfants de plus d'un an témoigne de l'impact de la vaccination antirougeoleuse. Les enfants à sérum positif nés avant la mise en œuvre du programme de vaccination avaient certainement contracté une infection naturelle due à des virus sauvages circulants.

Les résultats du programme de vaccination contre la rubéole apparaissent dans le groupe d'âge 15-24 ans pour lequel le taux de séropositivité est de 85%.

Avec l'introduction du vaccin ROR à 12 mois, le degré d'immunité contre les oreillons et la rubéole de la population infantile devrait atteindre un niveau analogue au niveau observé pour la rougeole. Comme plus de 20% des femmes de 15 à 44 ans sont sensibles à la rubéole, le risque que des femmes enceintes non vaccinées ne contractent l'infection est encore élevé. La rubéole congénitale ne pourra être éliminée que par la vaccination de toutes les femmes en âge de procréer. Il faudrait conseiller aux femmes de se faire vacciner avant d'envisager d'avoir un enfant. Les dispensaires de santé maternelle et infantile proposent la vaccination contre la rubéole aux femmes mariées et aux mères qui viennent de donner naissance à leur premier enfant dans des hôpitaux publics. Des brochures d'information sur la prévention de la rubéole et l'existence de services de vaccination à l'intention des femmes sont disponibles dans tous les centres de soins de santé primaires de l'Etat.

(D'après: Epidemiological News Bulletin, Vol. XVII, N° 5, mai 1991; Committee on Epidemic Disease.)

Grippe

Papouasie-Nouvelle-Guinée (26 juin 1992).¹ Le virus grippal B a été diagnostiqué par détection de l'antigène chez un enfant à Goroka.

Afrique du Sud (23 juillet 1992).² Des virus grippaux A et B ont continué à être isolés dans la région de Johannesburg. Depuis la mi-juin, les virus A ont été plus courants que les virus B et ils ont été associés à des flambées locales. Tous les virus grippaux A étudiés étaient du sous-type H3N2.

¹ Voir N° 25, 1992, p. 191.

² Voir N° 27, 1992, p. 203.

Hydatidose

1988-1990

Espagne. L'hydatidose, ou échinococcose, est la zoonose parasitaire la plus courante en Espagne. Cette maladie est d'autant plus préoccupante qu'elle coûte cher à l'économie, en soins de santé et cas d'incapacité, mais aussi parce qu'elle affecte le cheptel. Cent trois cas humains ont été notifiés en 1988, 93 en 1989 et 92 en 1990.

De 1982 à 1990, la tendance de l'hydatidose correspond à une courbe parabolique qui paraît avoir culminé aux alentours de 1986-1987 (Fig. 1).

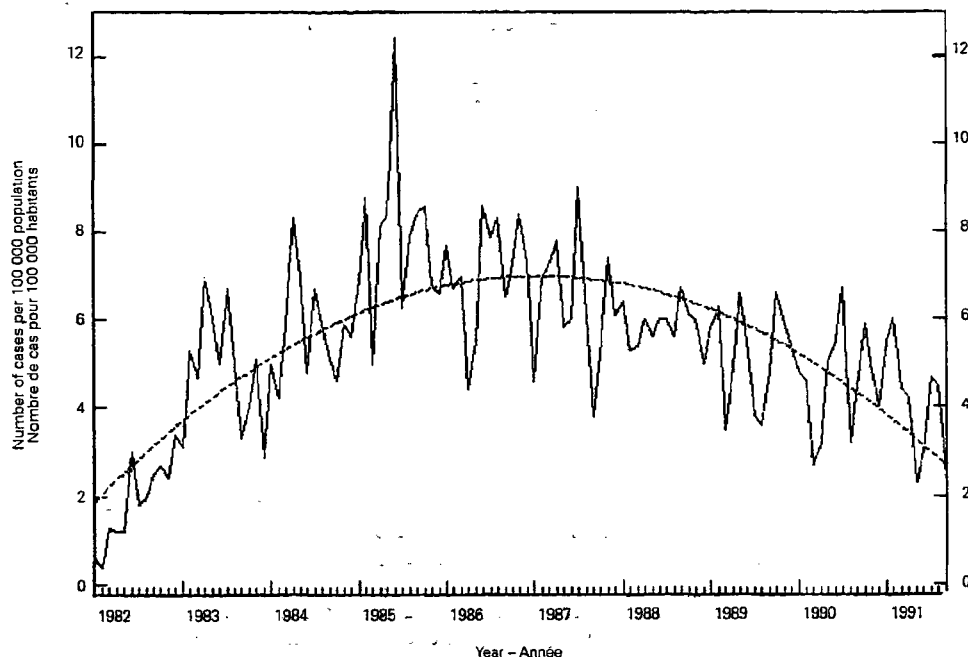
La distribution géographique de cette zoonose est liée à des facteurs d'environnement, incluant notamment l'écologie, les sols, le climat et certains aspects sociaux. Pendant la période de notification 1989-1990, les taux les plus élevés ont été observés dans les régions de La Rioja, Aragon, Castilla-La Mancha et Castilla-León.

Rates in other autonomous communities remained below the national average in 1989-1990, and the Canary Islands were free of the disease between 1988 and 1990. The Balearic Islands and Murcia declared no cases in 1990.

Dans d'autres régions autonomes, les taux sont restés inférieurs à la moyenne nationale en 1989-1990 et les Iles Canaries ont été exemptes de la maladie entre 1988 et 1990. Les Iles Baléares et Murcie n'ont déclaré aucun cas en 1990.

Fig. 1 Hydatid disease: incidence rate per 100 000 population, Spain, 1982-1990

Fig. 1 Hydatidose: taux d'incidence pour 100 000 habitants, Espagne, 1982-1990



As is to be expected with a disease whose symptoms take a long time to appear, adults are the group mainly affected: 42.1% of the patients whose age is known are between 45 and 64 years, and 29.8% are between 15 and 44 years (Table 1). There is no marked difference according to sex.

Comme l'on peut s'y attendre avec une maladie dont les symptômes mettent longtemps à se manifester, les adultes sont les plus touchés: 42,1% des malades dont l'âge est connu ont entre 45 et 64 ans et 29,8% entre 15 et 44 ans (Tableau 1). On ne relève pas de différence marquée selon le sexe.

Table 1 Hydatid disease: age distribution, Spain, 1988-1990

Tableau 1 Hydatidose: distribution selon l'âge, Espagne, 1988-1990

Year - Année	Age (in years) - Age (en années)						Total
	<1	5-14	15-44	45-64	≥65	Age unknown Age inconnu	
1988	1	3	11	23	7	58	103
1989	1	2	4	10	6	70	93
1990	—	3	21	18	11	39	92
Total	2	8	36	51	24	167	288

Cysts are predominantly located in the liver, corresponding to hydatid disease produced by *Echinococcus granulosus*, followed by localisations in the lung, disseminated hydatid disease, etc. (Table 2).

Les kystes sont surtout situés au niveau du foie, ce qui correspond à l'hydatidose due à *Echinococcus granulosus*; viennent ensuite des localisations pulmonaires, l'hydatidose disséminée, etc. (Tableau 2).

Table 2 Hydatid disease: location of cyst, Spain, 1988-1990

Tableau 2 Hydatidose: localisation des kystes, Espagne, 1988-1990

	Liver Foie	Lung Poumons	Multiple Localisations multiples	Spleen Rate	Kidney Reins	Peritoneum Péritoine	Unspecified Non spécifié	Total
1988	33	3		1			66	103
1989	23	10	2				58	93
1990	20	7	2		1	1	61	92
Total	76	20	4	1	1	1	185	288

Various autonomous communities are carrying out coordinated control programmes based mainly on health education, control and deworming of dogs, and the slaughter of sheep under hygienic conditions.

(Based on: Boletín Microbiológico Semanal, No. 24/1991; Centro Nacional de Epidemiología.)

Plusieurs régions autonomes exécutent des programmes coordonnés de lutte qui reposent essentiellement sur l'éducation pour la santé, le contrôle et la désinfestation des chiens, et l'abattage des ovins dans de bonnes conditions d'hygiène.

(D'après: Boletín Microbiológico Semanal, N° 24/1991; Centro Nacional de Epidemiología.)

Yellow-fever vaccinating centres for international travel

Amendments to 1991 publication

UNITED KINGDOM OF GREAT BRITAIN AND NORTHERN IRELAND/ ROYAUME-UNI DE GRANDE-BRETAGNE ET D'IRLANDE DU NORD

Insert - Insérer:

Alnwick

The Infirmary Medical Drive Medical Group

Barnet

Cockfosters Medical Centre

Barnsley

The Surgery, 48 High Street

Bath

Oldfield Surgery

Birmingham

Bellevue Medical Centre

Borehamwood

Fairbrook Medical Centre

Brentford

Occupational Health Centre, Smithkline Beecham Plc (C)

Bristol

- British Airways Travel Clinic, 14 Overhill Road
- Bradley Stoke Surgery

Camelford

The Medical Centre, Churchfield

Chorley

The Surgery, Granville Street

Corby

The Medical Centre, 9 Elizabeth Street

Coventry

- Govind House, 65 Earlsdon Avenue South
- Copswood Medical Centre

Crawley

Bridge Medical Centre

Derby

Riversdale Surgery

East Tilbury

East Tilbury Health Centre

Epsom

Bourne Hall Health Centre

Exeter

Mount Pleasant Health Centre

Gosport

151 Stoke Road

Harrogate

51A Leeds Road

Leeds

Richmond Medical Centre

Littlehampton

Littlehampton Health Centre

Loughborough

East Leake Health Centre

Mansfield

Rounwood Surgery

Melksham

Giffords Surgery

Newcastle-Under-Lyme

- Wolstanton Medical Centre
- 19B Hanover Street

Oxford

Donnington Health Centre

Preston

The Surgery, 104 Woodplumpton Road

Richmond

The Vineyard Surgery

Redruth

Manor Surgery, Chapel Street

Centres de vaccination contre la fièvre jaune pour les voyages internationaux

Amendements à la publication de 1991

Romford

Western Road Medical Centre

Rudgwick

The Health Centre

Rushden

Rushden Medical Centre

Sandford

Sandford Surgery

Sheffield

- Walkley House Medical Centre
- Stannington Health Centre

Sittingbourne

Grovehurst Surgery

Street

The Health Centre, Leigh Road

Torpoint

16 Anthony Road

Truro

The Surgery, Tregony Road

Watford

Suthergrey House Medical Centre

Widnes

Upton Medical Centre

Wolverhampton

Occupational Health Centre, New Cross Hospital (A)

Woodford Green

The Broadway Surgery

London

W

Ealing Independent Family Practice

E

Grange Park Medical Centre

N

Stamford Hill Group Practice

NW

Neasden Medical Centre

SW

The Church Lane Surgery

SE

- Burney Street Practice
- Paxton Green Health Centre

Scotland

Airdrie

The Surgery, Lauchope Street

Oban

Esplanade Surgery

Inverness

- The Crown Medical Practice
- Riverside Medical Practice

Paisley

The Love Street Medical Centre

Stirling

Viewfield Medical Centre

Wales

Carmarthen

- Furnace House Surgery
- Morfa Lane Surgery

Haverfordwest

Community Health Clinic, Withybush General Hospital

Middle Glamorgan

Troed-Bryn Surgery

Powys

The War Memorial Health Centre, Beaufort Street

Wrexham

Dental Centre, Grove Road

Food virology
Documents available

The WHO Collaborating Centre of Food Virology, Food Research Institute, University of Wisconsin, Madison, WI, United States of America, has compiled an updated version of the *Literature Review*.¹

• Request for copies of *Literature Review - 1991* should be forwarded to: Food Safety Unit, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland.

PLEASE BE SURE TO ENCLOSE A SELF-ADDRESSED LABEL WITH YOUR REQUEST.

¹ See No. 44, 1990, p. 342

Virologie alimentaire
Documents disponibles

Le Centre collaborateur OMS pour la virologie alimentaire, *Food Research Institute*, Université du Wisconsin, Madison, WI, États-Unis d'Amérique, a établi une mise à jour du document *Literature Review*.¹

• Le document *Literature Review - 1991* peut être obtenu sur demande adressée à l'unité Sécurité alimentaire, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse.

PRIÈRE DE JOINDRE A VOTRE DEMANDE UNE ÉTIQUETTE PORTANT VOTRE ADRESSE.

¹ Voir N° 44, 1990, p. 342.

Health administrations are reminded that the telegraphic address **Epidnotations Geneva (Telex 415 416, Fax 788 00 11)** should be used for all notifications to WHO of communicable diseases under international surveillance and other communications under the International Health Regulations. The use of this specially allocated telegraphic address will ensure that the information reaches the responsible Unit with minimum delay.

Il est rappelé aux administrations sanitaires que l'adresse **Epidnotations Genève (Télex 415 416, Fax 788 00 11)** doit être utilisée pour l'envoi à l'OMS de toute notification de maladies transmissibles sous surveillance internationale ainsi que toute autre communication concernant l'application du Règlement sanitaire international. L'utilisation de cette adresse, spécialement prévue à cet effet, permet au service responsable de recevoir les informations dans les plus brefs délais.

AUTOMATIC TELEX REPLY SERVICE

for
Latest Available Information on Communicable Diseases
Telex Number 415768 Geneva
Exchange identification codes and compose:
ZCZC ENGL (for reply in English)
ZCZC FRAN (for reply in French)

SERVICE AUTOMATIQUE DE RÉPONSE PAR TÉLÉX

pour
les dernières informations sur les maladies transmissibles
Numéro de télex 415768 Genève
Faire échange d'indicatifs et composer le code:
ZCZC ENGL (pour une réponse en anglais)
ZCZC FRAN (pour une réponse en français)

DISEASES SUBJECT TO THE REGULATIONS

MALADIES SOUMISES AU RÈGLEMENT

Notifications received from 24 to 30 July 1992

C - cases, D - deaths, ... - data not yet received,
i - imported, r - revised, s - suspect

Cholera • Choléra

	C	D
Africa • Afrique		
Nigeria - Nigéria	26.II-16.VI	
.....	161	39
America • Amérique		
Brazil - Brésil	12-18.VII	
.....	908	5
El Salvador	12-18.VII	
.....	185	0

Asia • Asie

	C	D
Nepal - Népal	6-18.VII	
.....	13	0
Viet Nam	6.V-11.VI	
.....	325	4
.....	139	24

Plague • Peste

	C	D
America • Amérique		
United States of America - États-Unis d'Amérique		
Utah State		9.VII
Utah County		0
New Mexico State		13.VII
San Miguel County		0

¹ This case of plague is of no significance to international travel - Ce cas de peste n'a pas de conséquence sur les voyages internationaux.

Telex: 415416 Fax: 788 00 11
(Attention EPIDNATIONS for notifications of diseases subject to the regulations)
Automatic telex reply service:
Telex 415768 Geneva followed by ZCZC ENGL for reply in English
Price of the *Weekly Epidemiological Record*
Annual subscription Sw. fr. 170.-

Telex: 415416 Fax: 788 00 11
(À l'attention d'EPIDNATIONS concernant les notifications des maladies soumises au règlement)
Service automatique de réponse par télex:
Télex 415768 Genève suivi de ZCZC FRAN pour une réponse en français
Prix du *Relevé épidémiologique hebdomadaire*
Abonnement annuel Fr. s. 170.-