



28<sup>a</sup> ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

Punto 2.2.3 del orden del día



EXAMEN DETALLADO DEL PRESUPUESTO POR PROGRAMAS PROPUESTO PARA LOS  
EJERCICIOS FINANCIEROS DE 1976 Y 1977

ERRADICACION DE LA VIRUELA

Informe del Director General

1. El Director General tiene la honra de presentar el siguiente informe relativo al programa de erradicación de la viruela.
2. La situación del programa de erradicación de la viruela el 14 de mayo de 1975 se indica en el informe resumido publicado el 16 de mayo de 1975 en el Weekly Epidemiological Record<sup>1</sup> (adjunto).
3. Los éxitos de la campaña mundial de erradicación de la viruela durante los 12 meses últimos son de los más notables registrados hasta ahora. En los cuatro países con viruela endémica hace un año - Paquistán, India, Etiopía y Bangladesh - ha habido notables progresos en todos salvo Bangladesh. En el Paquistán, el último caso conocido de viruela se produjo el 16 de octubre de 1974; en la India se descubrieron menos de 100 casos durante los meses de marzo y abril y, salvo los casos importados de Bangladesh, la transmisión ha quedado prácticamente interrumpida; en Etiopía la incidencia variólica disminuyó en más del 50%, pese a la gran mejora de la detección de casos. En el Nepal se han dominado por completo los brotes originados por más de 120 casos importados de la India el pasado año. Sólo en Bangladesh hubo un retroceso importante. El programa de Bangladesh progresó tanto durante los nueve primeros meses de 1974, que pudo creerse en la posibilidad de que quedara interrumpida la transmisión en enero de 1975. Pero en el verano de 1974 sobrevinieron en las limitadas comarcas restantes de viruela endémica las inundaciones más graves registradas en el país desde hace décadas y después de ello hubo una migración sin precedentes que propagó la viruela por todo el país. Se adoptaron medidas de urgencia cada vez más estrictas para afrontar el problema, medidas que culminaron finalmente en febrero al inaugurarse un programa nacional de urgencia por orden presidencial. Se facilitó considerable ayuda internacional suplementaria, se eximió de otras funciones al personal sanitario que había de trabajar en el programa, se contrató numeroso personal suplementario, y personal de otros departamentos del Gobierno participó en el esfuerzo nacional. A fines de abril, la viruela iba quedando dominada en casi todas las comarcas del país. En comparación con la situación de un año antes, la infección estaba a fines de abril más difundida, es decir, estaban infectadas 1269 aldeas en lugar de las 950 que lo estuvieron a fines de abril de 1974. En cambio, el número de personas que padecían infección activa en ese momento era algo inferior: 1844, frente a 1990 un año antes. En esos datos se refleja el hecho de que la detección de brotes es ahora más rápida, y la contención más eficaz que antes, con lo cual los brotes son de importancia mucho menor. Como la tasa de transmisión variólica empieza ahora a descender, por factores estacionales, el personal del programa cree posible interrumpir la transmisión en todo el país hacia últimos de agosto. Naturalmente, esto presupone que pueda mantenerse el ritmo actual de actividades y que se disponga de fondos suficientes para la plena ejecución del programa.

<sup>1</sup> Weekly Epidemiological Record - Relevé épidémiologique hebdomadaire, 1975 (16 de mayo).

Los seis meses próximos son los más críticos para la erradicación de la viruela en Asia; en efecto, a menos que la transmisión quede interrumpida a finales de octubre, la rapidez de la difusión variólica entre noviembre y abril en las restantes zonas densamente pobladas haría difícilísima la eliminación de la enfermedad durante otro año por lo menos. No menos crítica es la situación en Etiopía. La viruela en ese país está ahora en su punto más bajo desde que comenzó el programa. Los brotes restantes, limitados casi enteramente a las zonas montañosas difíciles, son pocos en número, de pequeña extensión y situados en las zonas más remotas. Dos helicópteros coadyuvan al transporte de personal sanitario para acelerar los progresos de la campaña, y ese personal seguirá actuando hasta que se lo impidan las lluvias estivales. Es de esperar que la detección intensiva de casos y el gran esfuerzo de contención, unidos a las decrecientes tasas de difusión variólica durante el verano permitan asimismo la eliminación de la viruela en Etiopía hacia finales de agosto. Sin embargo, ciertas zonas limitadas del país resultan ahora inaccesibles, y se sabe que varias de ellas están infectadas de viruela. Así, pues, habrá que adoptar las medidas oportunas para proseguir la vigilancia intensiva durante todo el año próximo.

El proceso muy acelerado de la campaña de erradicación durante los 12 últimos meses ha sido posible gracias al considerable aumento de la ayuda internacional, lo que ha permitido que el esfuerzo nacional sea mucho mayor. En todo el territorio de Paquistán, la India y Bangladesh, el personal de salud interviene ahora cada cuatro a ocho semanas en la busca sistemática de casos, vivienda por vivienda. En todos los mercados importantes se aplica un programa de encuesta para descubrir rumores de casos, y se ofrecen recompensas financieras al público y al personal sanitario por el descubrimiento de brotes. Al detectarse uno de éstos, se apostan vigilantes en cada vivienda para garantizar que el enfermo no la abandona, y que todos los visitantes están vacunados. Se vacuna a todas las personas en un radio de hasta diez millas, y se buscan otros casos posibles en el sector. Se sigue cuidadosamente la pista de la infección para asegurarse de que todos los eslabones de la cadena de transmisión han sido debidamente tratados. En Etiopía hubo que modificar ese sistema por falta de personal, pero ahora puede destacarse personal sanitario a cada aldea infectada para actividades de vacunación y vigilancia del brote hasta seis meses después de aparecer el último caso.

El personal adicional, tanto nacional como internacional, más los gastos de transporte (incluidos los helicópteros en Etiopía), las dietas del personal de salud destinado a los poblados infectados, los gastos de impresión de formularios y material de educación sanitaria, han sido sufragados en gran parte con recursos internacionales. La mayor parte de la ayuda ha sido facilitada por el Gobierno de Suecia, que durante el pasado año destinó US \$6 400 000 a programas en la India y en Bangladesh. Han contribuido también económicamente al programa el Reino Unido (US \$540 000), los Países Bajos (US \$408 000) y los Estados Unidos de América (US \$220 000), más US \$101 266 de Australia, Suiza, Finlandia, Luxemburgo, Kuwait, Uganda y el personal de la Oficina Regional de la OMS en Nueva Delhi. Las necesidades de vacuna durante el pasado año han sido atendidas con donativos de la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas, Países Bajos, Canadá, India, Estados Unidos de América, Guinea, Kenia, Irán, Bélgica, República Democrática Alemana, Checoslovaquia y Colombia. Asimismo se han recibido donativos en especie del Japón y de los Estados Unidos de América. Pero se necesitan con urgencia más aportaciones.

Nunca ha sido mejor la oportunidad de conseguir, por fin, la erradicación mundial de esa temible enfermedad. Nunca hasta ahora hubo tan pocos casos, ni fueron tan limitadas las zonas endémicas restantes. Pero no hay motivo para sentirse satisfecho. Si se afloja temporalmente el esfuerzo en un país, estado o provincia, podría perderse irremisiblemente la ocasión que ahora se nos brinda. Sería incalculable el precio que habrían de pagar tanto las

zonas endémicas como las exentas de viruela. Los fondos suplementarios que se necesitan son modestos si se comparan con el ahorro que se prevé - más de mil millones de dólares - cuando se consiga la erradicación mundial. Para sostener el ritmo actual de actividades durante todo el año 1975 y proporcionar después un mecanismo de vigilancia adecuado que garantice la interrupción de la transmisión harán falta, por lo menos, otros US \$3 700 000 en 1975 y \$3 900 000 en 1976.

#### Confirmación de la erradicación de la viruela

Al comenzar el programa mundial se establecieron cuatro zonas epidemiológicas, separadas entre sí por grandes distancias, en las que se consideraba improbable que se produjeran casos importados de viruela. Esas zonas eran: 1) América del Sur, 2) Indonesia, 3) África y 4) Asia continental. El Comité de Expertos de la OMS en Erradicación de la Viruela decidió que la enfermedad podría considerarse erradicada cuando hubieran transcurrido en una de esas zonas por lo menos dos años llevándose a cabo actividades de vigilancia de amplitud suficiente para descubrir posibles focos remotos. En agosto de 1973 se reunió una comisión internacional en Río de Janeiro, 28 meses después de que se registrara el último caso en América del Sur y, tras examinar los programas y efectuar las visitas al terreno convenientes para confirmar los resultados, llegó a la conclusión de que la enfermedad había sido erradicada en las Américas. En abril de 1974 se reunió en Yakarta una comisión análoga para examinar el programa de Indonesia, 28 meses después de aparecer el último caso conocido. La comisión llegó a la conclusión de que se cumplían perfectamente los requisitos para la erradicación de la viruela establecidos por el Comité de Expertos de la OMS en Erradicación de la Viruela y que podía considerarse lograda la erradicación de la enfermedad en Indonesia.

En la primavera de 1975 se iniciaron estudios especiales en 15 países del África occidental para facilitar datos a una comisión internacional. En el supuesto de la pronta eliminación de la viruela en Etiopía, se efectuarán el año próximo estudios análogos en países del África central y meridional.

#### Otros poxvirus

En lo que se refiere a la viruela del mono y otras enfermedades por poxvirus y a su posible relación con la viruela, se dispone de escasos datos nuevos. Los últimos casos de viruela del mono se descubrieron en agosto de 1974 y enero de 1975. No se han hallado otros nuevos a pesar de que continúa el programa de vigilancia activa, en particular en el Zaire, donde se hallaron 11 de los 19 casos notificados. Determinados laboratorios prosiguen activamente el estudio de esos virus, pero no ha habido hallazgos importantes en fecha reciente. Sigue siendo válida la conclusión a que se llegó en la reunión de diciembre de 1973 de investigadores y epidemiólogos interesados en ese sector de actividades.

La viruela del mono y los poxvirus blancos no parecen constituir en la actualidad una amenaza para el programa de erradicación de la viruela. Deben proseguir, no obstante, las actividades de vigilancia intensiva, así como las investigaciones de laboratorio y sobre el terreno. El optimismo está especialmente justificado por la amplitud cada vez mayor de las zonas ya exentas de viruela y por la duración cada vez mayor de esa situación.

#### Documentación

Para celebrar el Día Mundial de la Salud, cuyo tema era "Viruela: Imposible retroceder", se prepararon materiales especiales, inclusive una película documental de 15 minutos de

duración, un número de "Salud Mundial" y una exposición que se exhibe actualmente en el marco de la Asamblea.

De acuerdo con la petición de la Asamblea, se ha comenzado a preparar una historia detallada del programa de erradicación; su terminación dependerá de la marcha de la campaña, pero en el supuesto de que la transmisión quede interrumpida en el curso de 1975, en un periodo de 12 meses estará redactado el proyecto de manuscrito definitivo de ese libro.



WORLD HEALTH ORGANIZATION  
GENEVA

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ  
GENÈVE

# WEEKLY EPIDEMIOLOGICAL RECORD

## RELEVÉ ÉPIDÉMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE

Epidemiological Surveillance of Communicable Diseases  
Telegraphic Address: EPIDNATIONS GENEVA Telex 27821

Service de la Surveillance épidémiologique des Maladies transmissibles  
Adresse télégraphique: EPIDNATIONS GENÈVE Telex 27821

Automatic Telex Reply Service  
Telex 28150 Geneva with ZCZC and ENGL for a reply in English

Service automatique de réponse  
Télex 28150 Genève suivi de ZCZC et FRAN pour une réponse en français

16 MAY 1975

50<sup>th</sup> YEAR — 50<sup>e</sup> ANNÉE

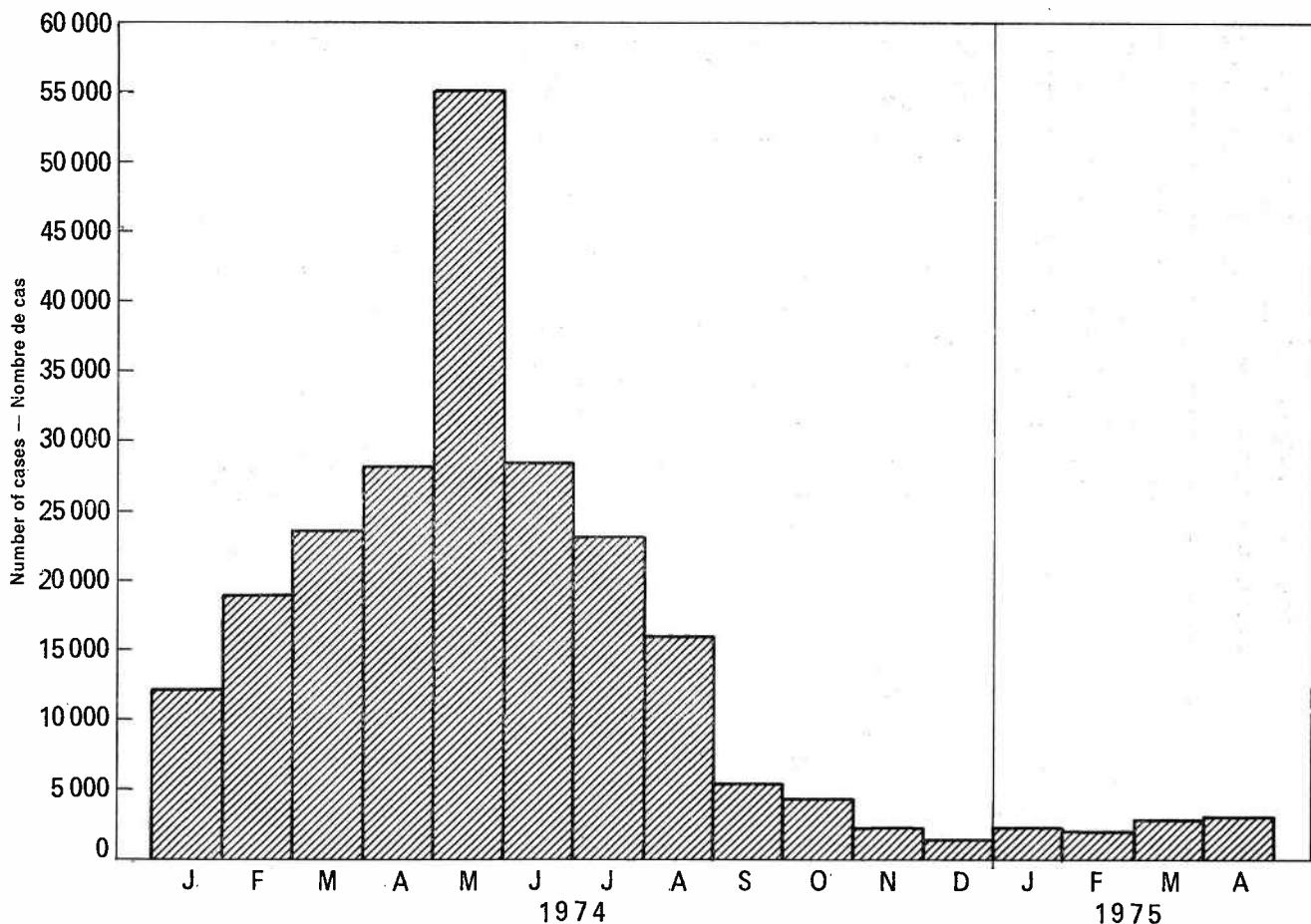
16 MAI 1975

### SMALLPOX SURVEILLANCE

### SURVEILLANCE DE LA VARIOLE

FIG. 1

WORLD: SMALLPOX INCIDENCE — LE MONDE: INCIDENCE DE LA VARIOLE



WHO 75343

Epidemiological notes contained in this number:

Smallpox Surveillance, Whooping Cough.

List of Newly Infected Areas, p. 195.

Informations épidémiologiques contenues dans ce numéro:

Coqueluche, surveillance de la variole.

Liste des zones nouvellement infectées, p. 195.

SMALLPOX SURVEILLANCE — 1975 — SURVEILLANCE DE LA VARIOLE

TABLE 1. PROVISIONAL NUMBER OF CASES BY WEEK (INCLUDING SUSPECTED AND IMPORTED CASES) REPORTS RECEIVED BY 14 MAY 1975

TABLEAU 1. NOMBRE PROVISOIRE DE CAS PAR SEMAINE (Y COMPRIS CAS SUSPECTS ET IMPORTÉS) RAPPORTS REÇUS JUSQU'AU 14 MAI 1975

COUNTRY — PAYS	Population 1975 (Millions)	1975															1974		
		Jan.	February — Février				March — Mars				April — Avril				May Mai	TOTAL to date à ce jour	TOTAL same period même période	TOTAL for year pour l'année	
		1-5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19			
<b>AFRICA — AFRIQUE</b>																	1 198	2 412	4 456
Ethiopia — Ethiopie																	1 198	2 395	4 439
<i>Begemdir</i>	1.6	—	2	8	1	8	6	22	4	1	—	15	2	33	16	3	121	341	677
<i>Gollam</i>	1.6	103	14	28	46	13	5	14	34	73	48	13	24	38	5	—	458	740	1 735
<i>Hararghe</i>	2.5	8	13	1	1	—	—	—	—	25	13	7	—	—	—	—	69	480	711
<i>Shoa</i>	5.0	46	15	7	12	9	22	6	—	—	45	35	32	20	15	1	265	215	320
<i>Wollo</i>	2.0	7	11	—	24	3	89	16	19	5	8	12	12	24	34	2	266	506	713
<i>Other provinces — Autres provinces</i>	11.9	6	—	—	—	4	1	2	—	—	6	—	—	—	—	—	19	113	283
<i>Other countries — Autres pays</i>		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	17	17
<b>ASIA — ASIE</b>																	11 114	91 779	212 348
Bangladesh																	9 727	8 867	16 485
Chittagong Division																			
Chittagong District	4.4	—	2	—	—	—	—	2	1	4	6	6	—	2	—	—	23	—	4
Chittagong Hill Tract District	0.5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	17
Comilla District	5.9	21	8	—	55	14	59	14	48	32	34	55	46	47	131	596	16	60	
Noakhali District	3.3	—	1	1	2	27	2	13	18	1	8	56	—	41	48	33	251	8	8
Sylhet District	4.6	—	—	—	1	3	1	4	8	54	63	56	66	52	120	40	468	304	616
Dacca Division																			
Dacca District	7.6	158	31	145	99	68	128	92	147	136	115	256	144	97	212	141	1 969	303	468
Faridpur District	4.1	9	3	14	27	32	40	42	113	54	42	72	24	14	75	18	579	366	527
Mymensingh District	7.6	384	148	219	60	182	325	84	112	172	94	63	169	370	61	73	2 516	3 082	5 655
Tangail District	2.1	1	2	4	—	7	5	9	18	13	30	23	11	10	7	5	145	193	417
Khulna Division																			
Barisal District	4.0	14	4	12	7	—	1	5	27	18	—	7	3	17	260	19	394	28	80
Jessore District	3.3	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	15	10	16	11	54	185	210
Khulna District	3.6	—	—	—	1	4	1	—	1	12	3	9	16	—	4	—	51	444	506
Kushita District	1.9	—	—	—	—	—	—	—	1	7	1	13	9	15	9	14	69	41	61
Patuakhali District	1.5	—	—	—	—	—	—	—	—	12	—	2	—	—	—	—	14	363	473
Rajshahi Division																			
Bogra District	2.3	171	88	73	—	129	—	72	211	79	92	119	96	—	194	57	1 381	104	306
Dinajpur District	2.6	32	9	10	11	41	18	22	21	40	7	82	—	34	33	19	379	108	423
Pabna District	2.9	—	1	—	2	—	2	2	—	4	18	9	—	5	14	18	75	26	79
Rajshahi District	4.3	4	1	—	—	—	—	2	9	1	9	13	14	14	44	—	111	1 015	1 640
Rangpur District	5.5	194	32	28	31	64	23	43	31	49	16	17	26	12	44	42	652	2 281	4 935
India — Inde																	1 387	77 210	188 003
Assam	16.5	29	16	—	11	—	—	—	13	—	10	—	7	1	3	—	90	1 393	6 243
Bihar	62.0	654	34	35	35	7	13	5	5	5	8	11	2	3	—	—	817	49 979	126 872
Gujarat	29.6	4	4	1	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	13	4	5
Meghalaya	1.1	25	1	6	2	2	6	10	3	2	—	3	—	1	—	—	61	269	498
Orissa	24.2	—	—	1	—	—	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—	6	943	2 170
Uttar Pradesh	97.0	243	23	6	15	1	3	—	2	—	—	—	—	—	—	—	293	15 587	36 959
West Bengal	49.2	51	4	9	—	1	1	1	2	4	5	2	3	2	22	—	107	6 015	11 094
<i>Other States and Union Terr. — Autres Etats et terr. Union</i>	373.3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3 020	4 162
<i>Other countries — Autres pays</i>		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5 702	7 860
<b>NON-ENDEMIC COUNTRIES PAYS DE NON ENDEMICITÉ</b>																	105	543	1 560
Nepal — Népal	12.7	68	4	4	—	—	4	11	—	2	—	2	1	—	—	—	96	535	1 549
Somalia — Somalie	3.2	6	—	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	1	—	—	9	8	11
<b>TOTAL</b>		2 238	2 146				2 914				4 492					12 417	94 734	218 364	

Through 14 May, 12 417 cases of smallpox have been notified to the Organization (Table 1), a total which is 87% below the number reported at this time last year. It is the smallest number of cases ever recorded by the Organization during the first four months of a year. Smallpox cases this year have been reported by only five countries in three of which (Bangladesh, Ethiopia and India) the disease is endemic and in two (Nepal and Somalia) where cases resulted either directly or indirectly from importations from neighbouring infected areas. Although a marked seasonal increase in smallpox incidence normally occurs during the winter and spring months, the increase this year has been minimal when compared to the experience of last year (Fig. 1) and previous years.

Bangladesh constitutes the principal problem at this time. Since January, Bangladesh has reported more than 85% of the world's cases and for the month of April, 90%. To date, 9 727 cases have been reported, an increase of 10% over the 8 867 cases recorded at this time last year. However, with the intensive programme now in progress to detect and to contain outbreaks, cases are being found much earlier than in the past and contained more effectively. As a result, few cases are now believed to escape detection and more than half of all the outbreaks are of one or two cases only.

In India, smallpox incidence in April declined for the eleventh consecutive month. During April only 83 cases were detected in the entire country; more than half of which occurred as a result of importations from Bangladesh. In dramatic contrast to the situation only a year ago when, during May alone, 48 723 cases were reported, India now appears to be on the verge of interrupting transmission.

Ethiopia has to date reported 1 198 cases, a decrease of more than 50% from the total of cases recorded at this time last year. The cases are now almost entirely restricted to villages located in contiguous mountainous areas extending over parts of four provinces. The outbreaks are small in size and largely confined to remote villages.

Somalia and Nepal are so far the only other countries to detect cases this year. The nine cases in Somalia resulted from nine separate importations among nomads crossing the border from known infected areas in Ethiopia. Nepal's 96 cases occurred in residual foci which had developed following more than 120 documented importations from India last year. In both countries, surveillance and containment measures are highly developed and all foci are under rigid control.

Le 14 mai, 12 417 cas de variole avaient été notifiés à l'Organisation (Tableau 1), total inférieur de 87% à celui qui avait été signalé l'an dernier à la même époque. C'est le nombre de cas le plus faible que l'Organisation ait jamais enregistré pour les quatre premiers mois de l'année. Des cas de variole n'ont été signalés cette année que par cinq pays: dans trois d'entre eux (Bangladesh, Ethiopie et Inde), la maladie est endémique; dans les deux autres (Népal et Somalie) les cas notifiés résultaient directement ou indirectement d'importations en provenance de zones limitrophes infectées. Alors que l'hiver et le printemps sont normalement marqués par une nette recrudescence saisonnière de l'incidence de la variole, celle-ci a été très réduite cette année par rapport à l'an dernier (Fig. 1) et aux années précédentes.

Pour le moment, c'est surtout le Bangladesh qui pose un problème. Depuis janvier, ce pays a notifié plus de 85% des cas mondiaux et, pendant le mois d'avril, 90%. A ce jour, 9 727 cas ont été signalés, soit une augmentation de 10% par rapport aux 8 867 cas enregistrés l'an dernier à la même époque. Toutefois, grâce au programme intensif entrepris pour déceler et endiguer les flambées de variole, les cas sont découverts beaucoup plus tôt qu'auparavant et circonscrits plus efficacement. Aussi juge-t-on très peu nombreux les cas qui échappent encore à la détection; d'ailleurs, plus de la moitié des flambées ne comportent qu'un ou deux cas.

En Inde, l'incidence de la variole a diminué en avril pour le onzième mois consécutif, 83 cas seulement étant décelés sur l'ensemble du territoire, dont plus de la moitié dus à des importations en provenance du Bangladesh. Le changement est spectaculaire par rapport à la situation qui régnait voici seulement un an, lorsque l'Inde signalait 48 723 cas pendant le seul mois de mai; aujourd'hui, la transmission paraît sur le point d'être interrompue dans le pays.

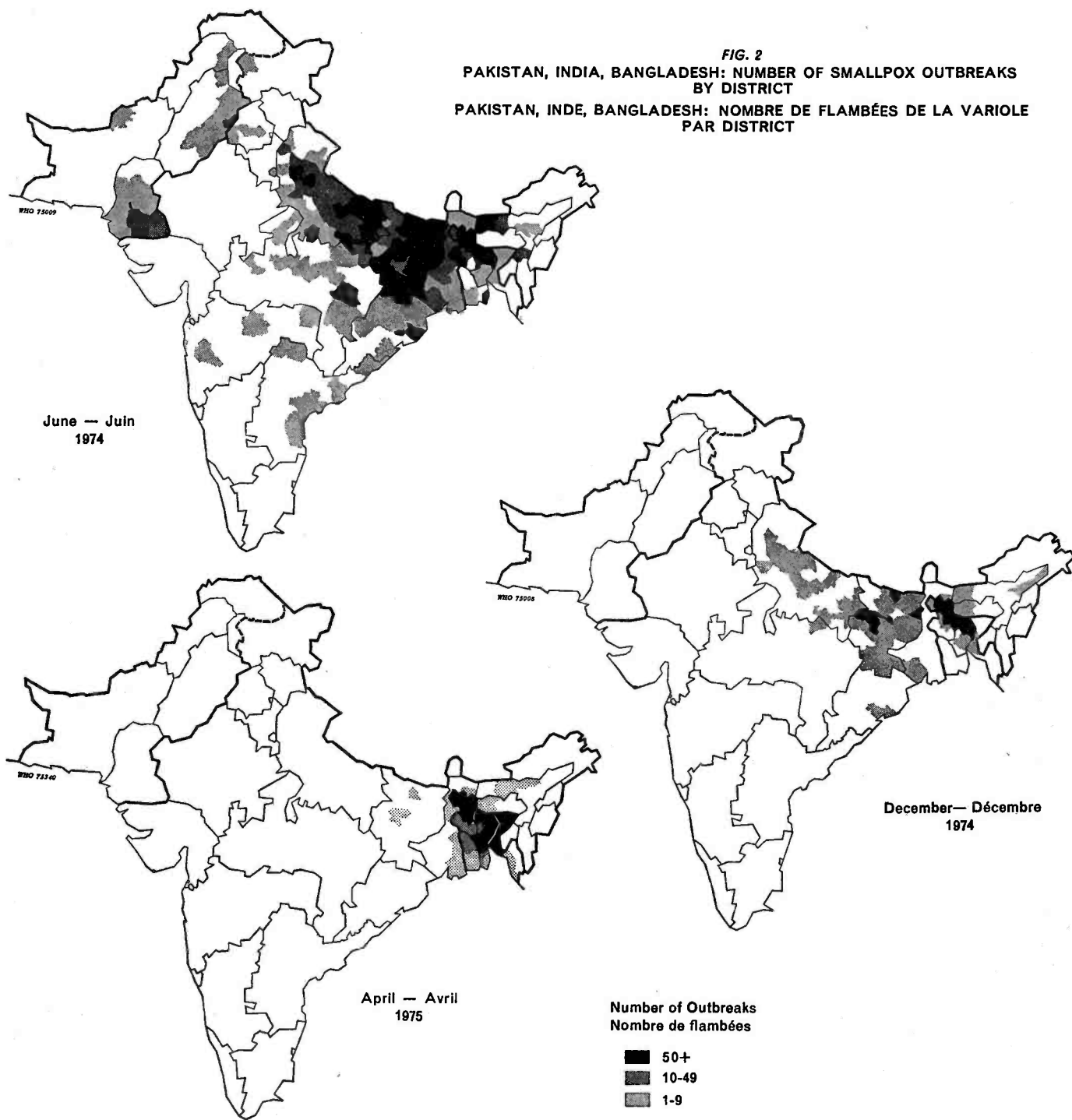
L'Ethiopie a notifié à ce jour 1 198 cas, soit une diminution de plus de 50% par rapport au total enregistré à la même époque l'année dernière. Les cas sont maintenant presque uniquement limités à des villages situés dans des zones montagneuses contiguës qui s'étendent sur certaines parties de quatre provinces. Les flambées, peu importantes, ne s'observent généralement que dans des villages très reculés.

La Somalie et le Népal sont jusqu'à présent les seuls autres pays qui aient décelé des cas cette année. Les neuf cas enregistrés en Somalie résultaient de neuf importations distinctes imputables à des nomades venus de zones notoirement infectées en Ethiopie. Au Népal les 96 cas se sont produits dans des foyers résiduels qui se sont constitués à la suite de plus de 120 importations prouvées en provenance de l'Inde l'an dernier. Dans ces deux pays, les mesures de surveillance et d'endiguement sont très développées et tous les foyers sont rigoureusement contrôlés.

TABLE 2. ASIA - SMALLPOX INCIDENCE, 1971-1975  
TABLEAU 2. ASIE - INCIDENCE DE LA VARIOLE, 1971-1975

Country or Territory — Pays ou territoire	Population (millions) 1975	Smallpox Cases Reported — Cas de variole notifiés				
		1971	1972	1973	1974	1975*
<b>Presumed endemic countries — Pays présumés d'endémicité</b>						
Bangladesh . . . . .	72.0	—	10 754	32 711	16 485	9 727
India — Inde . . . . .	603.7	16 184	27 407	88 114	188 003	1 387
<b>Other countries reporting cases — Autres pays ayant notifié des cas</b>						
Afghanistan . . . . .	19.1	736	236	25	—	—
Indonesia — Indonésie . . . . .	137.6	2 100	34	—	—	—
Iran . . . . .	33.1	29	2	—	—	—
Iraq — Irak . . . . .	11.1	—	37	—	—	—
Japan — Japon . . . . .	111.2	—	—	1	1	—
Nepal — Népal . . . . .	12.7	215	399	277	1 549	96
Pakistan . . . . .	71.5	5 808	7 053	9 258	7 859	—
Sri Lanka . . . . .	13.9	—	1	—	—	—
Syrian Arab Republic — République arabe syrienne . . . . .	7.4	—	54	—	—	—
United Arab Emirates — Emirats arabes unis . . . . .	.2	30	—	—	—	—
<b>Total . . . . .</b>		<b>25 102</b>	<b>45 977</b>	<b>130 386</b>	<b>213 897</b>	<b>11 210</b>

\* As of 14 May 1975 — Au 14 mai 1975.



The occurrence of smallpox in only five countries this year represents a further decline from last year when smallpox was recorded in nine countries, and a marked change from 1967 when the intensified global programme began at which time 42 countries reported cases of smallpox.

**Asia**

During the past year, smallpox eradication campaigns were able to be greatly intensified throughout the remaining endemic areas of Asia with special assistance provided by the Government of Sweden and other countries. Dramatic reductions occurred both in smallpox incidence (Table 2) and in the geographical extent of the infected areas (Fig. 2). At the end of June 1974, 172 of the 442 districts (39%) in Pakistan, India and Bangladesh were infected (Table 3).

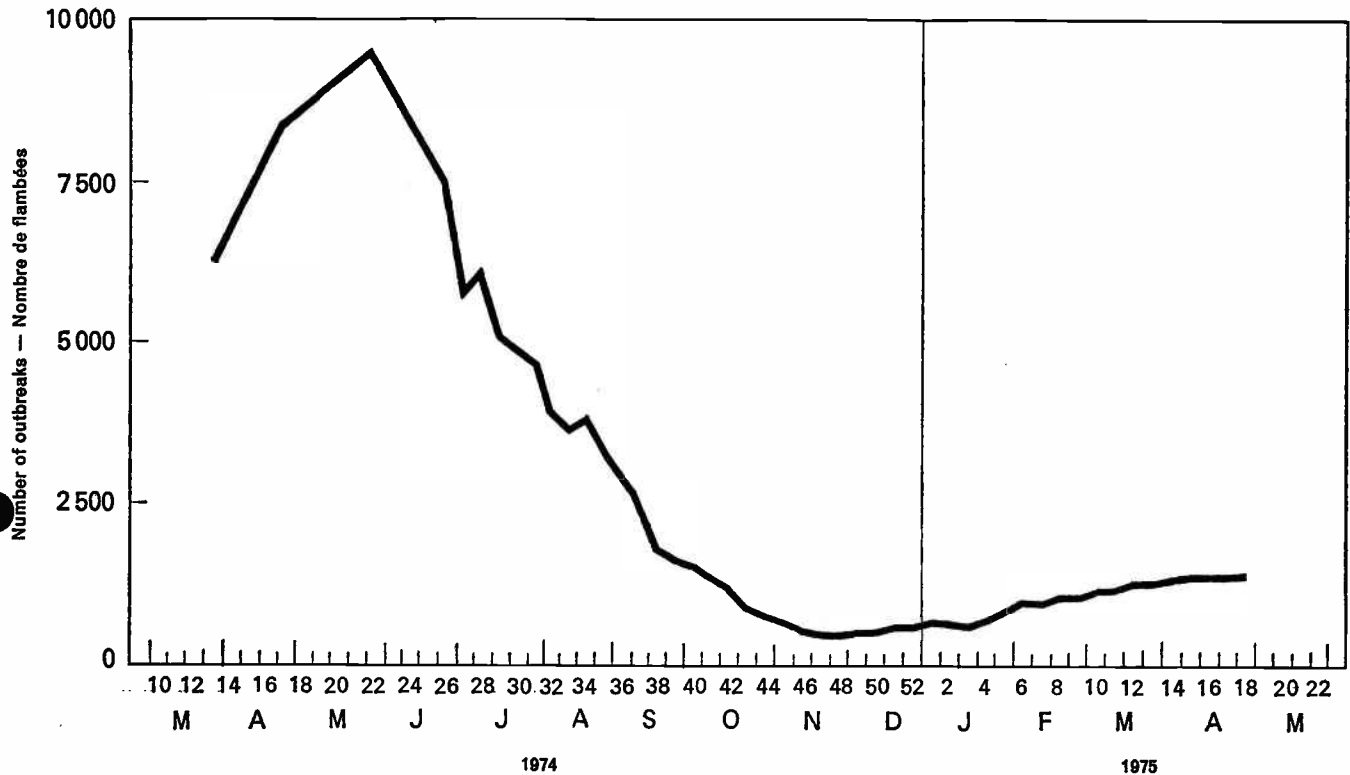
Le fait que la variole ne se soit manifestée que dans cinq pays cette année représente un nouveau progrès par rapport à l'an dernier, lorsqu'elle était signalée dans neuf pays, et un changement radical par rapport à 1967, année où fut lancé le programme mondial intensifié et où 42 pays avaient notifié des cas.

**Asie**

Pendant l'année écoulée, il a été possible d'intensifier considérablement les campagnes d'éradication de la variole dans toutes les zones d'endémicité qui subsistent en Asie grâce à l'aide spéciale fournie par le Gouvernement de la Suède et par d'autres pays. Tant l'incidence de la variole (Tableau 2) que l'étendue géographique des zones infectées ont diminué de façon spectaculaire (Fig. 2). A la fin de juin 1974, 172 des 442 districts (39%) du Pakistan, de l'Inde et du



FIG. 3  
ASIA: ACTIVE SMALLPOX OUTBREAKS, MARCH 1974 - APRIL 1975  
ASIE: FLAMBÉES DE VARIOLE, MARS 1974 - AVRIL 1975



By September, the number had decreased to 113 (26%); by December, to 60 (14%); and by April 1975, to only 31 (7%).

Progress in the campaign has been monitored principally in terms of the number of "active outbreaks" present at given points in time. An "active outbreak" is defined in terms of the number of villages or municipal wards of a city which have experienced one or more cases of smallpox during the preceding six weeks and so must be kept under close surveillance. From a peak of almost 10 000 active outbreaks at the end of May (Fig. 3), the number of outbreaks in Asia declined steadily reaching a low of 457 in mid-November. In December, with the advent of the smallpox season, the number began to increase again as smallpox spread widely throughout Bangladesh. A peak of 1 420 active outbreaks was reached in early May. Although this number is three times greater than in mid-November, the contrast with the situation only a year before is notable.

In Pakistan, the last known case of smallpox occurred on 16 October 1974 (Fig. 4). Each month since then, health staff have conducted systematic week-long searches in an effort to detect cases; independent teams have been constituted to conduct separate independent searches for cases; and a reward for the reporting of

Bangladesh étaient infectés (Tableau 3). Leur nombre est tombé à 113 (26%) dès septembre, à 60 (14%) en décembre et à 31 seulement (7%) en avril 1975.

C'est principalement le nombre des « flambées actives » à des moments donnés qui permet de déterminer les progrès réalisés dans la campagne d'éradication. Les « flambées actives » se mesurent au nombre de villages ou de circonscriptions urbaines qui ont connu un ou plusieurs cas de variole au cours des six semaines précédentes et qui doivent donc faire l'objet d'une surveillance étroite. Après avoir culminé à près de 10 000 à la fin mai (Fig. 3), le nombre des flambées actives en Asie a diminué régulièrement, le creux de la vague étant atteint à la mi-novembre avec 457. En décembre, au début de la saison de forte incidence, le nombre des flambées a de nouveau augmenté à mesure que la maladie se propageait à travers le Bangladesh. Un maximum de 1 420 flambées actives a été atteint au début de mai. Bien que ce nombre soit trois fois supérieur à celui de la mi-novembre, il contraste nettement avec la situation enregistrée seulement un an auparavant.

Au Pakistan, le dernier cas connu de variole s'est produit le 16 octobre 1974 (Fig. 4). Chaque mois, depuis lors, des agents sanitaires mènent pendant une semaine des opérations de recherche systématique des cas; des équipes autonomes, agissant indépendamment les unes des autres, ont été constituées à cet effet; enfin,

TABLE 3. PAKISTAN, INDIA, BANGLADESH: NUMBER OF DISTRICTS WITH ACTIVE FOCI  
TABLEAU 3. PAKISTAN, INDE ET BANGLADESH: NOMBRE DE DISTRICTS OÙ L'ON TROUVE DES FOYERS ACTIFS

No. of Known Foci Nombre de foyers connus	No. of Districts with Foci Nombre de districts où l'on trouve des foyers			
	30 June 1974 30 juin 1974	30 Sept. 1974 30 sept. 1974	31 Dec. 1974 31 déc. 1974	30 April 1975 30 avril 1975
100 + . . . . .	16	1	0	5
50-99 . . . . .	25	7	3	4
10-49 . . . . .	51	27	6	6
1-9 . . . . .	80	78	51	16
0 . . . . .	270	329	382	411

a smallpox case has been gradually increased until now it is 500 rupees (about US\$ 50). Tens of thousands of persons with rash have been screened and hundreds of laboratory specimens examined but no further cases have been detected. The failure so far to discover additional cases during the months when smallpox is normally most widespread encourages the belief that smallpox transmission in Pakistan has been interrupted. Surveillance activities, however, are continuing.

In India, only 21 active outbreaks remain of which 14 have occurred as a result of importations from Bangladesh. Except for importations, one or two of which are being detected weekly, the last known case in India resulting from indigenous transmission occurred on 30 April in Gaya District, Bihar. With smallpox seemingly all but eliminated from India, a nationwide search for cases was conducted during April. More than 100 000 health workers participated in a house by house search. In all, some 110 000 000 households were visited to determine if smallpox was present. Independent assessment teams cross-checked the results. Tens of thousands of persons with chickenpox, scabies and other types of rash were evaluated and hundreds of laboratory specimens were examined. In all of the areas thought to be smallpox-free, no cases were discovered. Only two new outbreaks were detected, both in known infected districts. As is now routine throughout India, all persons within a radius of one mile of the cases were vaccinated, guards were posted at each house where a case was present to insure that the patient did not leave the house and to

le montant de la prime offerte pour la découverte d'un cas de variole a été progressivement porté à 500 roupies (environ US\$ 50). Des dizaines de milliers de personnes présentant des éruptions ont été examinées, ainsi que des centaines de spécimens de laboratoire, mais aucun cas nouveau n'a été décelé. Le fait que l'on n'ait pas encore réussi à découvrir de cas supplémentaires pendant les mois où l'incidence est normalement la plus forte incite à penser que la transmission de la variole est interrompue au Pakistan. Néanmoins, les activités de surveillance se poursuivent.

En Inde, il ne subsiste que 21 flambées actives, dont 14 se sont produites à la suite d'importations en provenance du Bangladesh. Abstraction faite de ces importations, dont une ou deux sont décelées chaque semaine, le dernier cas connu résultant d'une transmission indigène s'est produit le 30 avril dans le district de Gaya, Etat du Bihar. La variole étant ainsi, semble-t-il, pratiquement éliminée de l'Inde, une campagne de recherche domiciliaire des cas a été menée sur tout le territoire en avril par plus de 100 000 travailleurs sanitaires. Quelque 110 millions de foyers ont ainsi été visités. Des équipes d'évaluation autonomes ont ensuite vérifié les résultats. Des dizaines de milliers de personnes atteintes de la varicelle, de la gale et d'autres affections provoquant des éruptions ont été examinées, de même que des centaines de spécimens de laboratoire. Dans la totalité des zones considérées exemptes de la variole, aucun cas n'a été découvert. Seules deux nouvelles flambées ont été décelées, l'une et l'autre dans des districts notoirement infectés. Ainsi qu'il est désormais de règle en Inde, toutes les personnes se trouvant dans un rayon d'un kilomètre et demi autour de chaque cas

FIG. 4  
SMALLPOX INCIDENCE, 1973-1975  
INCIDENCE DE LA VARIOLE, 1973-1975

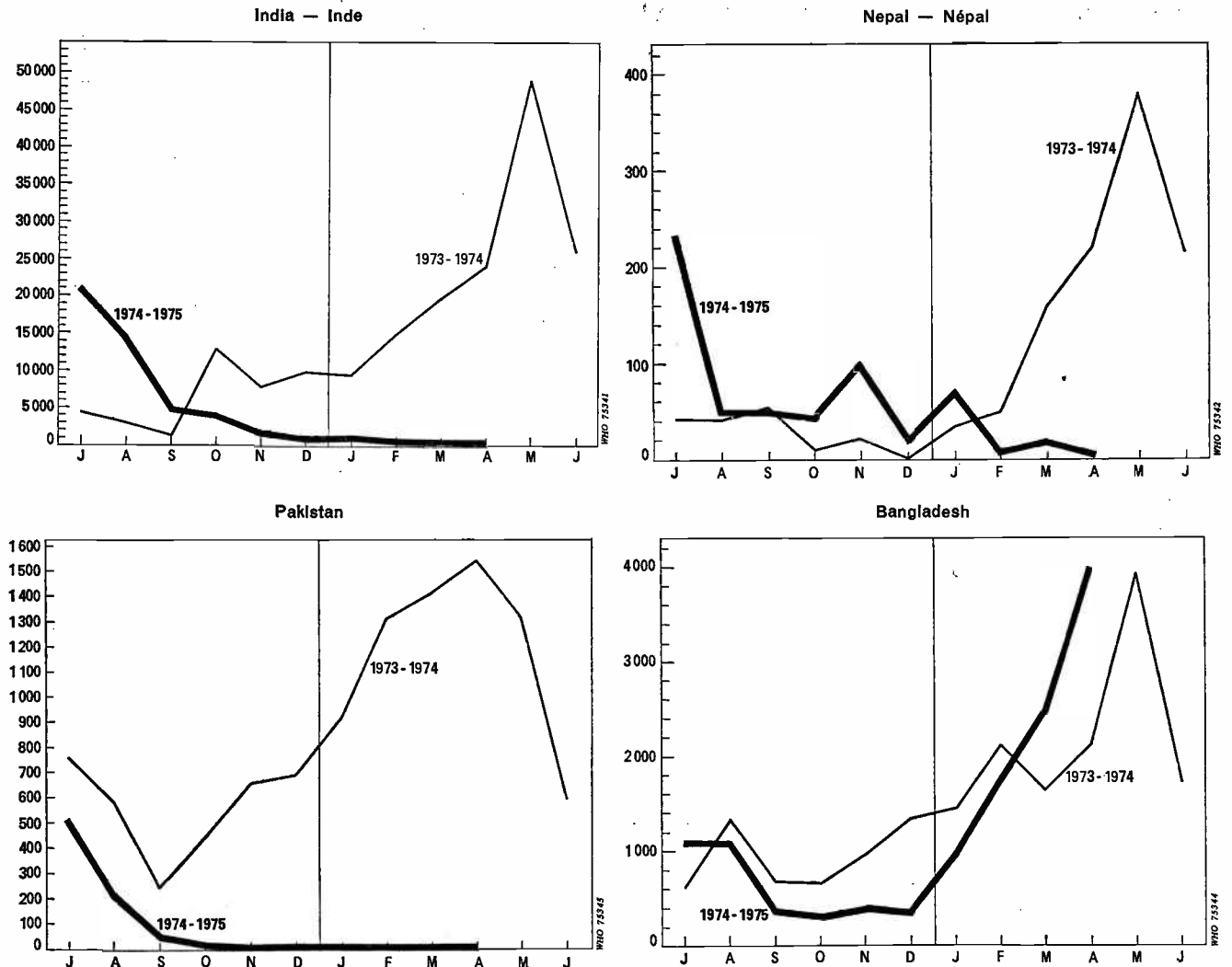
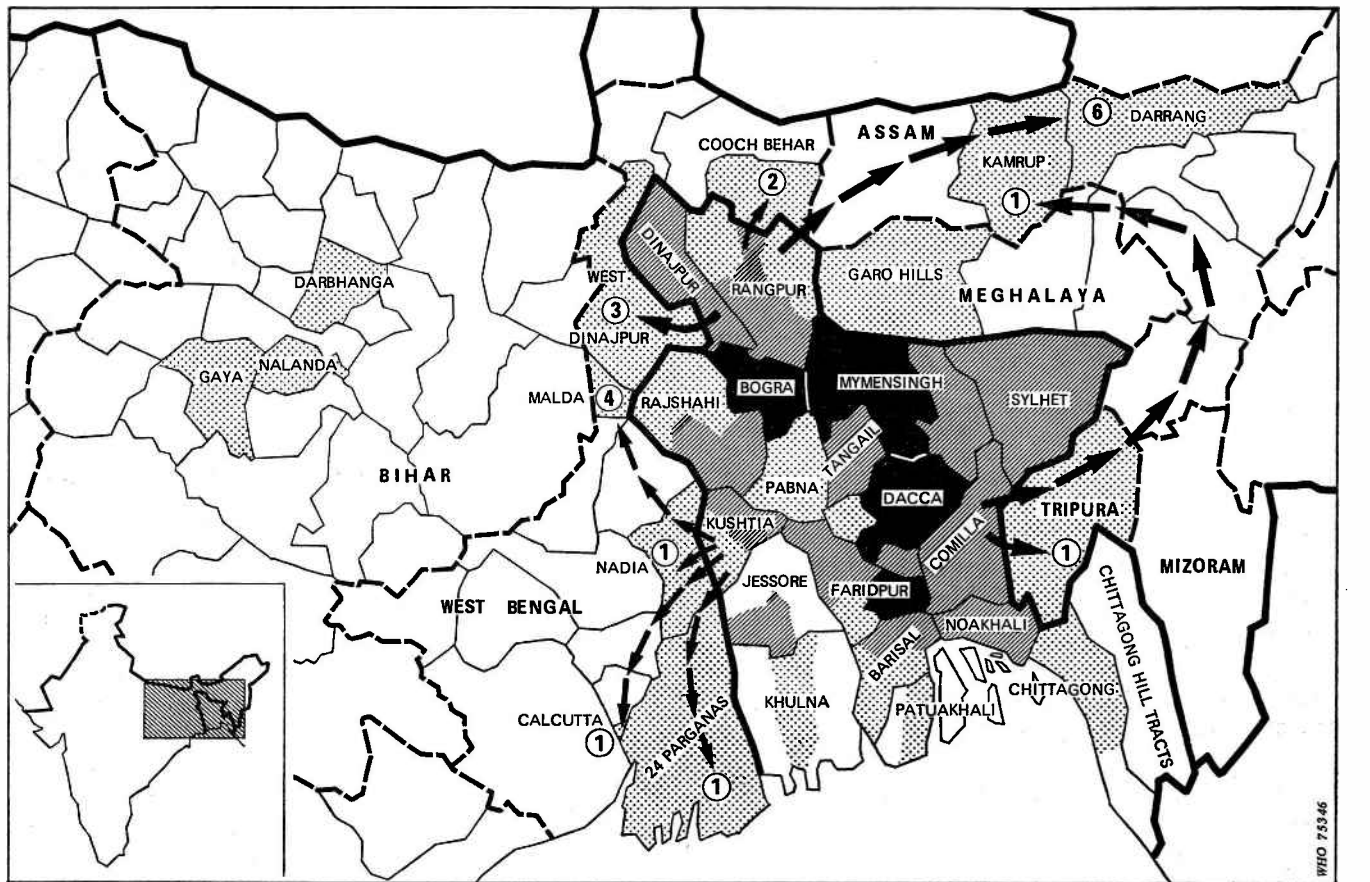


FIG. 5  
 BANGLADESH AND NEIGHBOURING STATES OF INDIA: SMALLPOX OUTBREAKS, 3 MAY 1975  
 BANGLADESH ET LES ÉTATS LIMITROPHES DE L'INDE: FLAMBÉES DE VARIOLE, 3 MAI 1975



Outbreaks/Flambées

50+

10-49

1-9

2

Outbreaks resulting from imports — Flambées provenant de cas importés

vaccinate all who sought entry; relatives and others who had visited the patient were sought out, vaccinated and placed under surveillance; and all households within a ten mile radius were systematically visited to discover possible additional cases and to vaccinate those who had not previously been vaccinated.

Surveillance measures in all states surrounding Bangladesh have been greatly intensified. The fact that almost all importations have been detected within two weeks and most, in fact, within one week attests to the efficiency of the programme.

Bangladesh this year has experienced the only notable setback in the global eradication programme. Through the summer of 1974, progress in the campaign had been satisfactory and by end October, the number of infected villages had decreased to only 91, virtually all of which were located in the two northern districts of Rangpur and Mymensingh. However, during the monsoon, the most severe floods in decades struck these two districts and following the floods, extensive migration occurred as families sought food and employment. Smallpox spread to adjacent districts and to Dacca, the capital. During January, extensive slum clearance measures were instituted in Dacca and tens of thousands left Dacca to return to their home districts. Smallpox then spread extensively to districts throughout the country. The number of infected villages increased steadily. By end December, 223 villages were infected; by end January, 572 villages; and by end February, 837 villages. An emergency programme under presidential directive commenced during February; health staff as well as teachers, police and civil

ont été vaccinées, des gardes ont été postés devant chaque maison abritant un varioleux pour veiller à ce qu'il ne sorte pas et que toutes les personnes désirant pénétrer à l'intérieur soient vaccinées; les parents et autres personnes ayant rendu visite au malade ont été retrouvées, vaccinées et placées sous surveillance; enfin, on s'est rendu systématiquement dans tous les foyers situés dans un rayon de sept kilomètres afin de déceler tout nouveau cas éventuel et de vacciner tous les non-vaccinés.

Les mesures de surveillance ont été considérablement intensifiées dans tous les Etats indiens limitrophes du Bangladesh. Le fait que la plupart des importations aient été décelées dans les deux semaines et, pour la plupart, dans la semaine même, témoigne de leur efficacité.

Ce n'est qu'au Bangladesh que le programme mondial d'éradication a subi cette année un revers important. Pendant tout l'été de 1974, la campagne avait progressé de façon satisfaisante et, à la fin octobre, on ne comptait plus que 91 villages infectés presque tous situés dans les deux districts septentrionaux de Rangpur et Mymensingh. Mais, pendant la mousson, les inondations les plus catastrophiques qui aient eu lieu depuis des décennies ont touché ces deux districts, ce qui entraîna d'importantes migrations de familles en quête de nourriture et de travail. La variole se propagea aux districts limitrophes ainsi qu'à Dacca, la capitale. En janvier, d'importantes mesures d'élimination des taudis furent appliquées à Dacca et des dizaines de milliers de personnes quittèrent la capitale pour retourner dans leurs districts d'origine. C'est alors que la variole se répandit dans tous les districts du pays et que le nombre des villages infectés se mit à augmenter régulièrement. On en comptait 223, à la fin décembre, 572 à la fin janvier et 837 à la fin février. Un programme d'urgence fut entrepris en février sur injonction de la présidence; le

WHO 75346

authorities were mobilized; and substantial additional international assistance was provided. By the end of March, the number of infected villages had increased to 1 129 and remained in the range of 1 100 to 1 300 throughout April (Fig. 5).

With the present intensive programme, outbreaks are being detected more quickly than before and, with generally good acceptance of vaccination by the population, containment is remarkably efficient. As of mid-April, 70% of all outbreaks were being detected within 14 days after onset of the first case and in 90% of outbreaks, no further cases were occurring more than 21 days after detection. A further factor which serves to impede transmission is one of the highest levels of vaccination immunity ever found in an endemic country—approximately 90% of the population having been vaccinated at some time in their lives.

Were it not for a high density of population and unusually great population movement, full control of the problem would undoubtedly have been rapidly achieved. However, if the present intensive programme can be sustained throughout the coming months when monsoon rains greatly retard the rate of transmission of smallpox from one person to another, smallpox should be able to be eliminated from Bangladesh by the end of August or very soon thereafter. However, this will require a maximum effort with full participation of all health staff and cooperation from other groups, including civil authorities, police, teachers and others.

**Africa**

Of the 1 207 cases detected in Africa so far this year (Table 4), all except nine were reported from Ethiopia. The nine cases reported by Somalia were all importations from Ethiopia and detected soon after arrival in Somalia.

**Ethiopia**

For the fourth consecutive year, smallpox incidence in Ethiopia has decreased and thus far this year is 50% below that of 1974 (Fig. 6). Smallpox has been eliminated from all but contiguous central highland areas of the provinces of Begemdir, Gojjam, Wollo and Shoa and a small nomadic area in the extreme southeastern part of the country in Harrarghe Province. The remaining endemic areas are among the most difficult and inaccessible areas on the African sub-continent. The population lives in houses scattered across a rugged mountainous plateau and frequently resists vaccination. Many resort to variolation as protection against the disease and spread of infection from those who have been variolated often causes additional outbreaks to occur. Since smallpox case-fatality rates throughout Ethiopia are only about 1% (as contrasted to 20 to 30% in Asia), there is less fear and concern about the disease

personnel de santé, les enseignants, la police et les autorités civiles furent mobilisés, tandis que l'assistance internationale était substantiellement renforcée. A la fin de mars, le nombre des villages infectés avaient atteint 1 129 et s'est maintenu aux alentours de 1 100 à 1 300 pendant tout le mois d'avril (Fig. 5).

Grâce au programme intensif actuellement mis en œuvre, les poussées sont décelées plus rapidement qu'auparavant, et la bonne volonté généralement manifestée par la population à l'égard de la vaccination confère à l'endiguement une remarquable efficacité. A la mi-avril, 70% de toutes les poussées étaient décelées dans les 14 jours suivant l'apparition du premier cas, et pour 90% de ces épisodes aucun cas nouveau n'était enregistré après le 21<sup>e</sup> jour suivant la détection. Un autre facteur limitant la transmission est le niveau de l'immunité vaccinale, l'un des plus élevés jamais constatés dans un pays d'endémicité, puisqu'environ 90% des habitants ont été vaccinés à un moment ou à l'autre de leur existence.

N'étaient la forte densité de la population et ces mouvements de population exceptionnels, le problème aurait sans doute été rapidement résolu. Si le programme intensif actuel peut être encore soutenu pendant les mois à venir, durant lesquels les pluies de mousson ralentissent considérablement la transmission de la variole d'une personne à l'autre, la variole devrait pouvoir être éliminée du Bangladesh dès la fin août ou peu après. Mais il y faudra un maximum d'effort, avec la pleine participation de l'ensemble du personnel de santé et la coopération de tous: autorités civiles, forces de police, enseignants, etc.

**Afrique**

Sur les 1 207 cas décelés jusqu'ici en Afrique cette année (Tableau 4), tous sauf neuf ont été signalés en Ethiopie. Les neuf cas notifiés par la Somalie sont tous des importations d'Ethiopie dépistées peu après l'entrée en Somalie.

**Ethiopie**

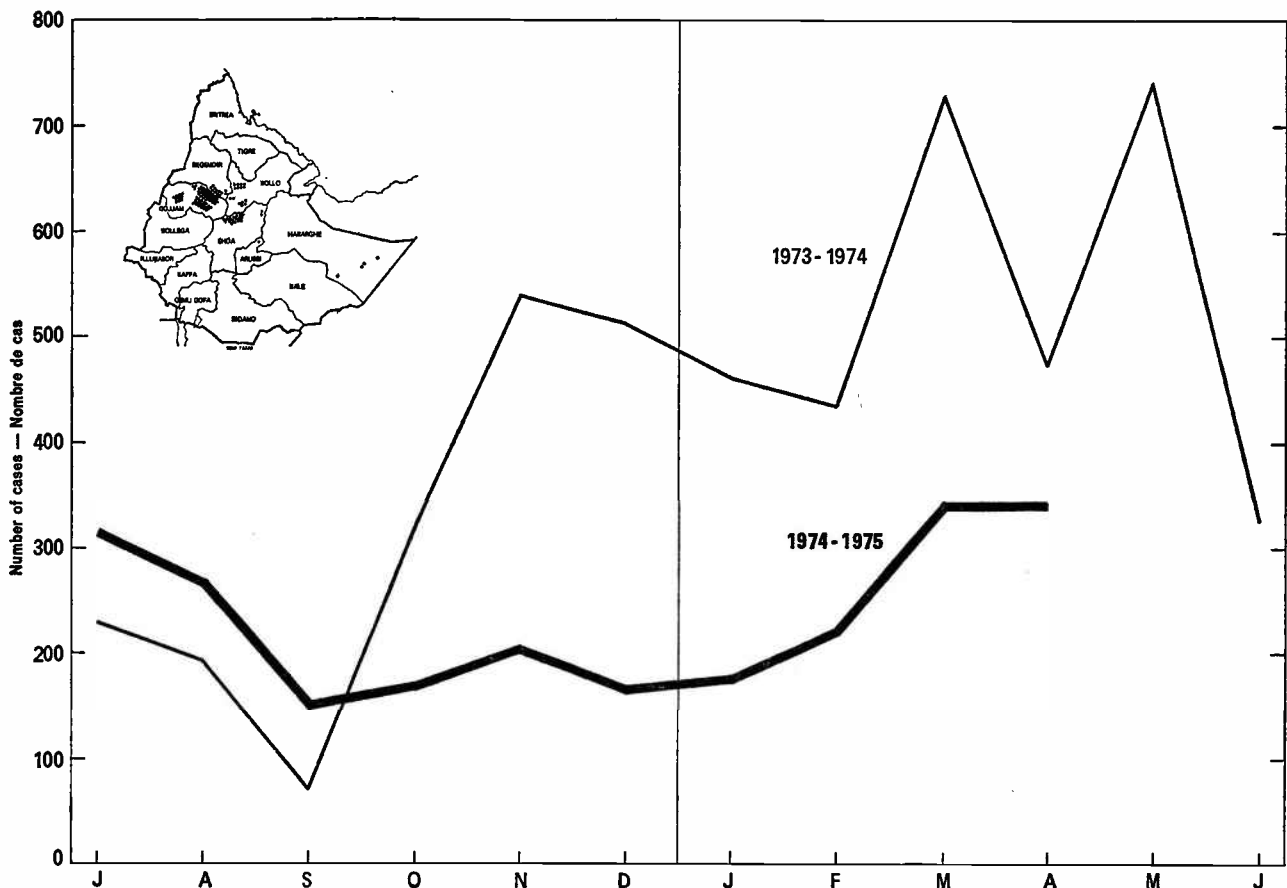
Pour la quatrième année consécutive l'incidence de la variole a baissé en Ethiopie; pour le début de cette année, elle est de 50% inférieure à la période correspondante de 1974 (Fig. 6). La maladie a été éliminée de tout le territoire, sauf de la région centrale de plateaux qui se partage entre les provinces de Begemdir, Gojjam, Wollo et Shoa, et d'un petit secteur de nomadisation à la pointe sud-est du pays, dans la province d'Harrarghe. Les zones où la variole persiste à l'état endémique comptent parmi les régions les plus difficiles et les plus inaccessibles du sous-continent africain. Leurs habitants vivent clairsemés sur un plateau montagneux très accidenté et refusent souvent de se laisser vacciner. Beaucoup préfèrent se protéger par la variolation, et en propageant ainsi l'infection, ils contribuent souvent à déclencher de nouvelles poussées. Etant donné que dans l'ensemble du pays les taux de létalité variolique ne sont que d'envi-

TABLE 4. AFRICA — SMALLPOX INCIDENCE, 1971-1975  
TABLEAU 4. AFRIQUE — INCIDENCE DE LA VARIOLE, 1971-1975

Country or Territory — Pays ou territoire	Population (millions) 1975	Smallpox Cases Reported — Cas de variole notifiés				
		1971	1972	1973	1974	1975 *
<b>Presumed endemic countries — Pays présumés d'endémicité</b>						
Ethiopia — Ethiopie . . . . .	24.6	26 329	16 999	5 414	4 439	1 198
<b>Other countries reporting cases — Autres pays ayant notifié des cas</b>						
Botswana . . . . .	.7	36	1 059	27	—	—
Fr. Terr. of the Afars and the Issas — Terr. fr. des Afars et des Issas . . . . .	.1	26	93	14	13	—
Kenya . . . . .	12.2	46	—	—	4	—
Somalia — Somalie . . . . .	3.2	—	5	7	11	9
South Africa — Afrique du Sud . . . . .	24.9	7	1	—	—	—
Sudan — Soudan . . . . .	17.5	1 141	827	—	—	—
Uganda — Ouganda . . . . .	11.4	19	16	—	—	—
Zaire — Zaïre . . . . .	26.3	63	—	—	—	—
<b>Total . . . . .</b>		<b>27 667</b>	<b>19 000</b>	<b>5 462</b>	<b>4 467</b>	<b>1 207</b>

\* As of 14 May 1975 — Au 14 mai 1975.

FIG. 6  
ETHIOPIA: SMALLPOX INCIDENCE, JULY 1973 - APRIL 1975, AND LOCATION OF OUTBREAKS  
ÉTHIOPIE: INCIDENCE DE LA VARIOLE, JUILLET 1973 - AVRIL 1975, ET LOCATION DES FLAMBÉES



among the population and thus less motivation to cooperate. All of these factors plus the habit of Ethiopians to travel frequently and for long distances on foot, have made it most difficult to interrupt smallpox transmission.

Despite these difficulties, smallpox incidence and the extent of the infected areas has steadily receded and, since November, progress in the campaign has accelerated. A special campaign termed "Operation Crocodile" was launched in the problem areas on 15 November. Two helicopters were leased to permit rapid transport of teams who formerly could move from place to place only by foot or on mule back. Two-man teams comprised variously of Ethiopian sanitarians and dressers and volunteer health workers from Japan, Austria and the USA are ferried to a base camp for a three- to ten-day programme of search for smallpox cases and primary vaccination of residents. If no cases are found, they are picked up and transported to another site and, in this manner, entire areas are rapidly and systematically covered. Should an outbreak be found, however, one or two workers are detached to remain in the area until six weeks after onset of the last case to vaccinate residents and newcomers. To induce better cooperation and acceptance of vaccination, medicines are provided to the populace.

Outbreaks now being discovered are generally small in size and usually in the most remote areas. Some of these are present in areas which are not now approachable. However, experience has shown that many such outbreaks, especially during the period of the summer rains, die out spontaneously. Whether the number and concentration of the infected villages will have diminished sufficiently by the end of June, so that transmission will cease during the July and August rainy season, remains to be seen.

ron 1% (contre 20 à 30% en Asie), la maladie inspire moins de crainte et d'inquiétude et la population coopère donc moins volontiers. Pour toutes ces raisons, jointes à l'habitude qu'ont les Ethiopiens de faire de longs et fréquents voyages à pied, l'interruption de la transmission est très difficile à obtenir.

Malgré ces difficultés, l'incidence de la variole et l'étendue des secteurs infectés ont régulièrement diminué et, depuis novembre, la campagne progresse plus rapidement. Le 15 novembre, une campagne spéciale, baptisée « Opération crocodile » a été lancée dans les zones difficiles. La location de deux hélicoptères a permis le transport rapide d'équipes qui, auparavant, ne pouvaient se déplacer qu'à pied ou à dos de mulet. Des équipes de deux hommes, composées, soit de techniciens de l'assainissement et d'aides-infirmiers éthiopiens, soit de travailleurs sanitaires bénévoles venus du Japon, d'Autriche et des Etats-Unis sont déposées dans un camp de base où elles séjournent pendant trois à dix jours afin de rechercher les cas de variole et d'assurer la primo-vaccination de la population. Si elles ne trouvent pas de cas, on vient les chercher pour les transporter ailleurs, ce qui permet de quadriller rapidement et systématiquement de vastes secteurs. En revanche, s'il y a poussée épidémique, un ou deux travailleurs restent sur place jusqu'à la fin de la sixième semaine suivant l'apparition du dernier cas afin de vacciner la population locale et les nouveaux venus. Afin d'amener la population à coopérer davantage et à mieux accepter la vaccination, des médicaments lui sont distribués.

Les poussées découvertes actuellement sont généralement de faible ampleur et se situent dans les secteurs les plus reculés du pays, dont certains sont d'ailleurs inaccessibles pour l'instant. Toutefois, l'expérience montre que très souvent, surtout à l'époque des pluies d'été, nombre de ces poussées disparaissent spontanément. Il reste à savoir si le nombre et la concentration des villages infectés auront suffisamment diminué d'ici à la fin juin pour que la transmission s'interrompe durant la saison des pluies (juillet et août).

WHOOPIING COUGH

COQUELUCHE

UNITED KINGDOM. — In Scotland in 1974, based on reports to the Communicable Diseases (Scotland) unit from laboratories throughout the country, there has been an increased number of patients with *Bordetella pertussis*. This is in keeping with the approximately three-yearly cycle of increased *B. pertussis* activity, as shown in the annual figures of laboratory-confirmed cases during 1967-1974 (Table 1). However, compared with the two preceding peak periods in 1967 and late 1970-early 1971, when there were 154 and a combined 230 cases respectively, the total of 83 isolates of *B. pertussis* in 1974 represented a marked downward trend.

ROYAUME-UNI. — D'après les rapports adressés au service des Maladies transmissibles d'Ecosse par les laboratoires de l'ensemble du pays, il y a eu en 1974 augmentation du nombre des malades chez lesquels *Bordetella pertussis* a été isolé, ce qui concorde avec le cycle à peu près triennal qui caractérise l'activité de *B. pertussis*, ainsi qu'il ressort des statistiques annuelles des cas confirmés en laboratoire de 1967 à 1974 (Tableau 1). Toutefois, par rapport aux deux périodes de pointe précédentes — celle de 1967 et celle de la fin de 1970 et du début de 1971 où l'on avait dénombré respectivement 154 et 230 cas — les 83 isolements de *B. pertussis* réalisés en 1974 représentent une nette tendance à la diminution.

Table 1. Laboratory Evidence of Whooping Cough in Scotland (1967-1974)  
Tableau 1. Cas de coqueluche confirmés en laboratoire, Ecosse (1967-1974)

Year — Année	Week — Semaine													Total
	1-4	5-8	9-12	13-16	17-20	21-24	25-28	29-32	33-36	37-40	41-44	45-48	49-52	
1967 . . . . .	—	15	14	17	19	12	12	22	19	18	8	4	4	154
1968 . . . . .	2	4	—	2	—	—	2	—	4	1	1	2	1	19
1969 . . . . .	1	1	2	—	—	1	1	1	—	1	—	1	—	9
1970 . . . . .	1	3	2	2	—	1	—	—	17	20	34	36	27	143
1971 . . . . .	12	9	22	13	10	6	6	4	—	—	1	2	2	87
1972 . . . . .	—	2	2	1	1	1	—	1	—	—	2	1	1	12
1973 . . . . .	1	—	1	1	—	—	—	—	—	1	—	2	2	8
1974 . . . . .	1	2	1	5	3	4	9	12	22	7	4	6	7	83

This same three-yearly cycle is shown in the 1964-1974 annual notifications of whooping cough to the Registrar General of Scotland (Table 2), confirming that isolations of *B. pertussis* as recorded in laboratory reports parallel the incidence of whooping cough in the community.

Les notifications annuelles de cas de coqueluche au Registrar General d'Ecosse pour la période 1964-1974 (Tableau 2) révèlent le même cycle triennal, ce qui confirme que le nombre des isolements de *B. pertussis* en laboratoire évolue parallèlement à l'incidence de la maladie dans la collectivité.

Table 2. Notifications of Whooping Cough to the Registrar General of Scotland (1964-1974)  
Tableau 2. Cas de coqueluche notifiés au Registrar General d'Ecosse (1964-1974)

Year — Année	Quarters — Trimestres				Total
	1st Quarter 1 <sup>er</sup> trimestre	2nd Quarter 2 <sup>e</sup> trimestre	3rd Quarter 3 <sup>e</sup> trimestre	4th Quarter 4 <sup>e</sup> trimestre	
1964 . . . . .	1 170	596	297	211	2 274
1965 . . . . .	284	210	255	319	1 068
1966 . . . . .	181	284	522	858	1 845
1967 . . . . .	949	1 154	920	601	3 624
1968 . . . . .	321	199	163	219	902
1969 . . . . .	100	139	99	125	463
1970 . . . . .	138	198	486	1 883	2 705
1971 . . . . .	1 354	449	172	136	2 111
1972 . . . . .	118	48	36	28	230
1973 . . . . .	24	15	35	57	131
1974 . . . . .	171	346	510	665	1 692

During 1974, 39 cases of whooping cough were admitted to the Department of Infectious Diseases, Ruchill Hospital, Glasgow. The ages of the patients ranged from one month to 11 years and 46% were aged six months or under. Twenty-two of the patients were males and 17 were females. On the basis of the date of admission of these 39 cases and the figures shown in Table 1, the peak incidence in 1974 was during the period June-September. The anticipated upsurge in cases following the start of school term in September did not materialize, and the numbers decreased at that time. *B. pertussis* was isolated from 21 children (54%). Positive isolates were obtained from a higher proportion of patients aged one year or under (18/27) than from older children (3/12).

En 1974, 39 cas de coqueluche ont été admis au Service des maladies infectieuses de l'Hôpital Ruchill à Glasgow. L'âge des malades s'échelonnait entre un mois et 11 ans, 46% des cas étant des sujets de six mois ou moins. Vingt-deux malades étaient des garçons et 17 des filles. D'après la date d'admission de ces 39 cas et les chiffres du Tableau 1, on peut conclure qu'en 1974 la période de pointe s'est située entre juin et septembre. Contrairement aux prévisions, le nombre des cas ne s'est pas accru après la rentrée scolaire de septembre, mais a au contraire diminué. *B. pertussis* a été isolé chez 21 enfants (54%). Les isolements ont été proportionnellement plus nombreux chez les malades d'un an et moins (18 sur 27) que chez les enfants plus âgés (3 sur 12).

It is generally thought that after three weeks of illness due to whooping cough there is a marked decrease in the isolation rate of *B. pertussis*. Rather surprisingly, this was not the finding in the present study. *B. pertussis* was obtained from 75% of children with a cough of one week's duration before admission, and from 58% of those with symptoms of more than three weeks' duration (Table 3). Of two children with a history of cough of more than four weeks' duration, one yielded *B. pertussis* after five pernasal swabs had been obtained. This shows that it is worthwhile attempting to isolate *B. pertussis* even from patients with a prolonged history of cough before admission.

Il est généralement admis qu'après trois semaines de maladie, le taux d'isolement de *B. pertussis* diminue nettement. Or on a constaté avec surprise que tel n'était pas le cas en l'occurrence: *B. pertussis* a été isolé chez 75% des enfants dont la toux avait commencé une semaine avant l'hospitalisation et chez 58% de ceux dont les premiers symptômes remontaient à plus de trois semaines (Tableau 3). Deux enfants avaient été hospitalisés après plus de quatre semaines de toux; cinq prélèvements au niveau du nez ont permis d'isoler *B. pertussis* chez l'un d'eux, ce qui montre qu'il n'est pas inutile de chercher à identifier *B. pertussis* même chez des sujets chez qui la toux avait commencé longtemps avant l'hospitalisation.

Table 3. Duration of Illness before Admission and the Frequency of Isolation of *B. pertussis* Based on Admissions to Ruchill Hospital, Scotland, 1974

Tableau 3. Durée de la maladie avant l'hospitalisation et fréquence d'isolement de *B. pertussis*, d'après les dossiers de l'Hôpital Ruchill (Ecosse), 1974

Duration of Illness before Admission Durée de la maladie avant l'hospitalisation	Isolation of <i>B. pertussis</i> Isolement de <i>B. pertussis</i>		Total Number of Cases Nombre total de cas
	Yes — Oui	No — Non	
1 week — 1 semaine . . . . .	6 (75)	2 (25)	8
2 weeks — 2 semaines . . . . .	5 (42)	7 (58)	12
3 weeks — 3 semaines . . . . .	7 (70)	3 (30)	10
4 weeks — 4 semaines . . . . .	2 (40)	3 (60)	5
> 4 weeks — > 4 semaines . . . . .	1 (50)	1 (50)	2
<b>Totals — Totaux . . . . .</b>	<b>21 (54)</b>	<b>18* (46)</b>	<b>39*</b>

\* In two cases the duration of illness before admission was not known. Figures in brackets are percentages.

\* Pour deux cas, la durée de la maladie avant l'hospitalisation n'est pas connue. Les chiffres entre parenthèses sont des pourcentages.

In view of the recent interest in complications of whooping cough and whooping cough vaccination, it is worth noting that three children in the present series had convulsions. None had *status epilepticus*, but two had recurrent fits which caused considerable concern because of the associated apnoea. The most severely affected child had had a full course of triple immunization. She was well after the first and second injections, but had a convulsion a few hours after the third.

Etant donné l'actualité de la question des complications de la coqueluche et de la vaccination anticoquelucheuse, il est à noter que trois enfants de cette série ont souffert de convulsions. Aucun n'a été atteint de *status epilepticus*, mais deux ont eu des crises répétées qui ont suscité beaucoup d'inquiétude à cause de l'apnée qui les accompagnait. La fillette la plus gravement atteinte avait reçu la triple vaccination complète. Elle avait bien supporté la première et la deuxième injections, mais elle a eu un accès de convulsions quelques heures après la troisième.

(Based on/d'après: *Communicable Diseases, Scotland, 75/8.*)

**YELLOW-FEVER VACCINATING CENTRES FOR INTERNATIONAL TRAVEL**

*Amendment to 1974 publication*

**Singapore**

*Insert:*

Singapore: Dr Sit Kok Meng, Yam Dispensary, 107-111 Block 64, Yung Kuang Road  
(From 1 June 1975 — A partir du 1<sup>er</sup> juin 1975)

**CENTRES DE VACCINATION CONTRE LA FIÈVRE JAUNE POUR LES VOYAGES INTERNATIONAUX**

*Amendment à la publication de 1974*

**Singapour**

*Insérer:*

Singapour: Dr Sit Kok Meng, Yam Dispensary, 107-111 Block 64, Yung Kuang Road  
(From 1 June 1975 — A partir du 1<sup>er</sup> juin 1975)

**DISEASES SUBJECT TO THE REGULATIONS — MALADIES SOUMISES AU RÈGLEMENT**

**Newly Infected Areas as on 15 May 1975 — Zones nouvellement infectées au 15 mai 1975**

For criteria used in compiling this list, see No. 18, page 175 — Les critères appliqués pour la compilation de cette liste sont publiés dans le N° 18, à la page 175.

The complete list of infected areas was last published in WER No. 17, page 167. It should be brought up to date by consulting the additional information published subsequently in the WER, regarding areas to be added or removed. The complete list is usually published once a month.

La liste complète des zones infectées a paru dans le REH N° 17, page 167. Pour sa mise à jour, il y a lieu de consulter les *Relevés* publiés depuis lors où figurent les listes de zones à ajouter et à supprimer. La liste complète est généralement publiée une fois par mois.

<b>CHOLERA — CHOLÈRA</b> Africa — Afrique  ANGOLA <i>Benguela District</i> Lobito Concelho & Deleg. S.  KENYA <i>Rift Valley Province</i> Nandi County	<b>SOUTHERN RHODESIA RHODÉSIE DU SUD</b> <i>Victoria Province</i> Victoria District  Asia — Asie  BURMA — BIRMANIE <i>Irrawaddy Division</i> Bassein District	<b>MALAYSIA — MALAISIE</b> <i>West Malaysia</i> <i>Selangor State</i> Kuala Lumpur Health District  PHILIPPINES <i>Luzon Group</i> Pangasinan Province <i>Mindanao Group</i> Cotabato Prov.: Cotabato <i>Visayas Group</i> Negros Oriental Prov.: Bais	<b>SINGAPORE — SINGAPOUR</b>  THAILAND — THAÏLANDE Phatthalung Province  YELLOW FEVER — FIÈVRE JAUNE America — Amérique  BOLIVIA — BOLIVIE <i>La Paz Department</i> Franz Tamayo Province Larecaja Province
---	---	---	--

