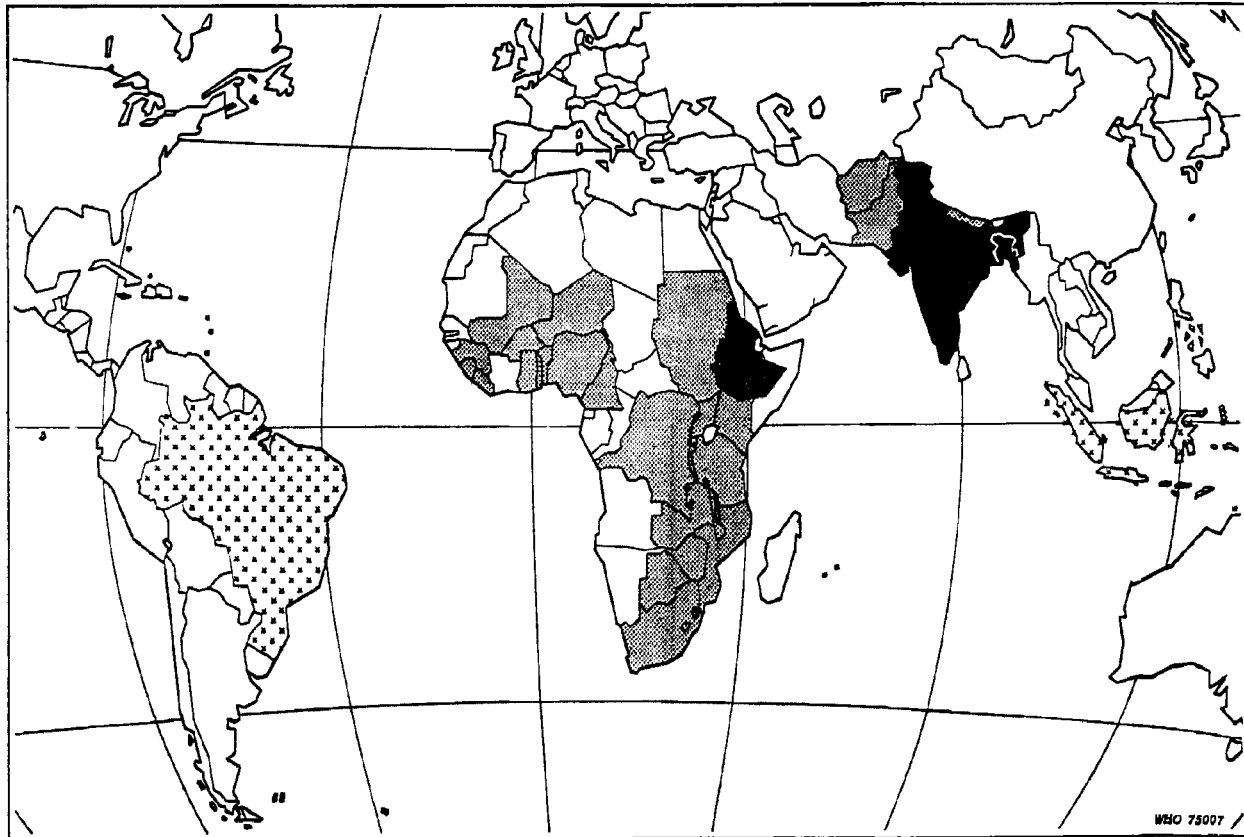


FIG. 1
SMALLPOX ENDEMIC COUNTRIES, 1967 AND 1974
PAYS D'ENDÉMICITÉ VARIOLIQUE, 1967 ET 1974



■ 1974 (Dec.)

▨ 1967

⋯ Eradication confirmed
 Eradication confirmée

Epidemiological notes contained in this number:

**Diphtheria, Influenza, Lassa Fever, Smallpox Surveillance,
 Typhoid and Paratyphoid Fevers Surveillance.**

List of Newly Infected Areas, p. 27.

Informations épidémiologiques contenues dans ce numéro:

**Diphtérie, fièvre de Lassa, grippe, surveillance des fièvres
 typhoïde et paratyphoïdes, surveillance de la variole.**

Liste des zones nouvellement infectées, p. 27.

For the year 1974, a total of 218 326 cases of smallpox were reported to the Organization as of 15 January (Table 4), a total which is 60% greater than the number recorded in 1973. The increase reflects major epidemics which occurred during the spring and summer months in north-eastern India, primarily in the State of Bihar. However, since May when a peak incidence of 55 000 cases was reached, the number of cases in each successive month has decreased. In December, only 1 392 cases were reported worldwide, a figure which is 89% less than the number reported in December 1973 and the lowest total of cases ever recorded by the Organization for this month.

In India, more than 96% of its 188 000 cases occurred in four of the 30 India States and union territories (Assam, Bihar, Uttar Pradesh and West Bengal), all located in northern and north-eastern India. As of December, endemic smallpox was believed to be confined to these four states and two districts in the States of Orissa and Meghalaya. Pakistan reported 15% fewer cases in 1974 than in 1973 and since 12 October has been unable to detect any cases whatsoever despite intensive search and the offer of a substantial reward to anyone reporting smallpox. Reported cases of smallpox in Bangladesh decreased by 50% during 1974 and by the year's end were confined primarily to two of the country's 19 districts. In Ethiopia, smallpox incidence also decreased by 20% during 1974—the residual endemic foci now being found in scattered mountainous rural areas near the common borders of the four northern provinces of Begemdir, Gojjam, Shoa and Wollo.

Only five other countries experienced smallpox during 1974. Nepal recorded 1 550 cases following more than 100 importations from adjacent heavily affected Indian States. A single case was imported into Japan from India during January. Cases in the French Territory of the Affars and Issas (13), Somalia (11) and Kenya (4) originated from Ethiopia. In all, smallpox cases during 1974 occurred in only nine countries, two fewer than in 1973 and 34 less than during 1967 when the global programme of eradication was begun.

Au 15 janvier 1975, 218 326 cas de variole avaient été notifiés à l'Organisation pour l'année 1974 (Tableau 4), soit un total de 60% supérieur à celui de 1973. Cet accroissement est dû aux grandes épidémies qui se sont produites durant le printemps et l'été dans le nord-est de l'Inde, principalement dans l'Etat de Bihar. Cependant, depuis le mois de mai pendant lequel une incidence maximale de 55 000 cas a été enregistrée, le nombre des cas n'a pas cessé de diminuer de mois en mois. En décembre, on n'a signalé que 1 392 cas dans le monde entier, soit un chiffre de 89% inférieur à celui de décembre 1973, ce qui représente le total le plus faible jamais enregistré par l'Organisation pour un mois de décembre.

En Inde, plus de 96% des 188 000 cas signalés se sont produits dans quatre des 30 Etats et Territoires de l'Union (Assam, Bengale-Occidental, Bihar et Uttar Pradesh), tous situés dans le nord et le nord-est du pays. En décembre, la variole n'était, semble-t-il, endémique que dans ces quatre Etats et dans deux districts des Etats de l'Orissa et du Meghalaya. En 1974, le nombre des cas notifiés par le Pakistan a été inférieur de 15% à celui de 1973 et, depuis le 12 octobre, aucun nouveau cas n'a été décelé en dépit des recherches intensives qui ont été entreprises et de l'offre d'une prime substantielle à qui signalerait des cas. Au Bangladesh, le nombre des cas déclarés a baissé de 50% en 1974, et vers la fin de l'année, la maladie affectait principalement deux des 19 districts du pays. L'incidence variolique a également diminué de 20% en Ethiopie, où les foyers d'endémie qui subsistent se trouvent épars dans diverses zones rurales montagneuses proches des frontières communes aux quatre provinces septentrionales de Begemdir, Gojjam, Shoa et Wollo.

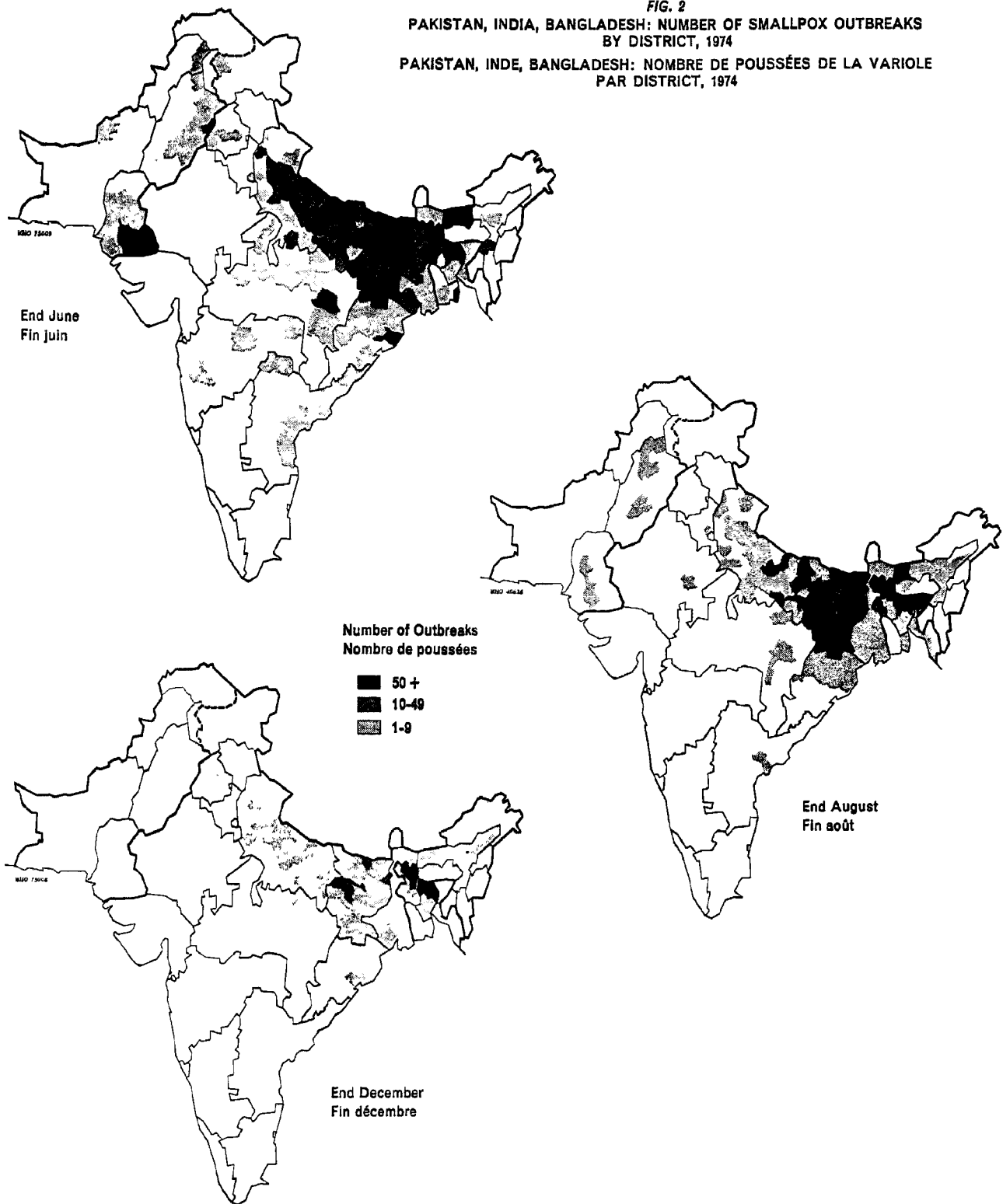
Cinq autres pays seulement ont été touchés par la variole en 1974. Le Népal a enregistré 1 550 cas à la suite de l'importation de plus de 100 cas provenant d'Etats indiens voisins fortement affectés. Au Japon, un seul cas a été importé de l'Inde en janvier. Les cas observés dans le Territoire français des Afars et des Issas (13), en Somalie (11) et au Kenya (4) provenaient d'Ethiopie. Au total, neuf pays seulement ont signalé des cas de variole en 1974, soit deux de moins qu'en 1973 et 34 de moins qu'en 1967, première année du programme mondial d'éradication.

TABLE 1. ASIA — SMALLPOX INCIDENCE, 1970-1974
TABLEAU 1. ASIE — INCIDENCE DE LA VARIOLE, 1970-1974

Country or Territory — Pays ou territoire	Population (millions) 1974	Smallpox Cases Reported — Cas de variole notifiés				
		1970	1971	1972	1973	1974 *
Presumed endemic countries— Pays présumés d'endémicité						
Bangladesh	82.6	1 473	—	10 754	32 711	16 485
India — Inde	589.4	12 773	16 184	27 407	88 114	187 967
Pakistan	68.2	3 192	5 808	7 053	9 258	7 859
Other countries reporting cases — Autres pays ayant notifié des cas						
Afghanistan	18.6	1 044	736	236	25	—
Indonesia — Indonésie	130.6	10 081	2 100	34	—	—
Iran	31.9	—	29	2	—	—
Iraq — Irak	10.1	—	—	37	—	—
Japan — Japon	107.8	—	—	—	1	1
Nepal — Népal	12.2	76	215	399	277	1 550
Saudi Arabia — Arabie Saoudite	7.9	12	—	—	—	—
Sri Lanka	13.7	—	—	1	—	—
Syrian Arab Republic — République arabe syrienne	6.6	—	—	54	—	—
United Arab Emirates — Emirats arabes unis . . . . .	.2	18	30	—	—	—
Total		28 669	25 102	45 977	130 386	213 862

* As of 15 January 1975 — Au 15 janvier 1975.

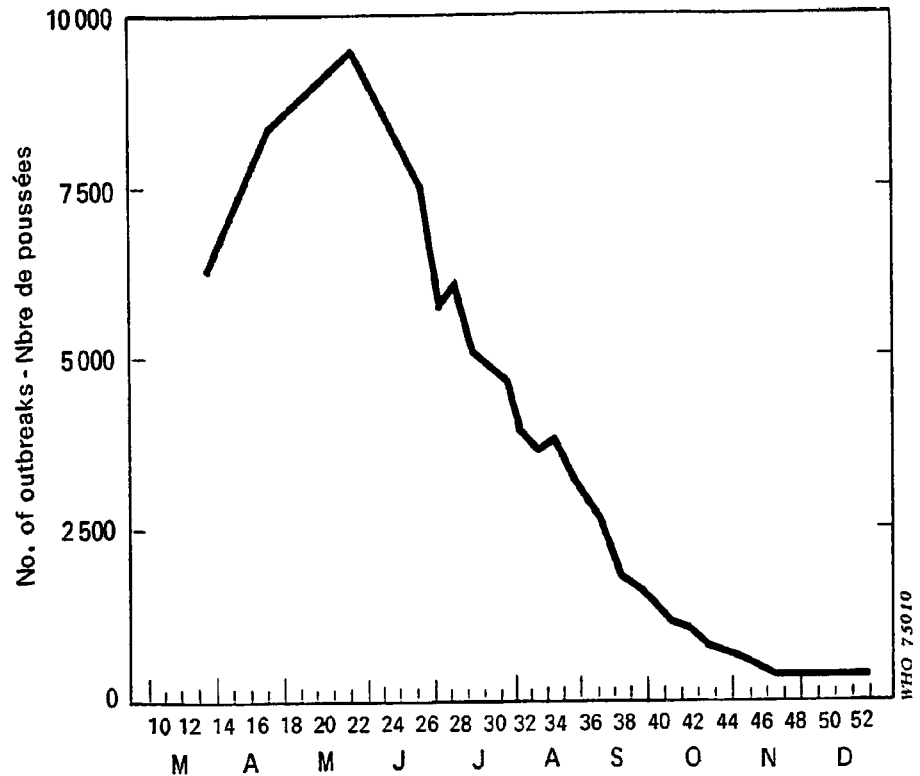
FIG. 2
 PAKISTAN, INDIA, BANGLADESH: NUMBER OF SMALLPOX OUTBREAKS
 BY DISTRICT, 1974
 PAKISTAN, INDE, BANGLADESH: NOMBRE DE POUSSÉES DE LA VARIOLE
 PAR DISTRICT, 1974



The contrast in the extent of endemic smallpox in 1967 and December 1974 is apparent in Fig. 1. In 1967, smallpox was reported by 43 countries of Asia, Africa and South America, of which 30 countries were considered to be endemic. In December 1974, continuing transmission is believed to be limited to three countries—Bangladesh, India and Ethiopia—and, as noted, to limited areas only in each of these countries. Two of the four originally endemic geographical areas have been appraised by specially convened international commissions which have confirmed that eradication has been achieved—South America (August 1973) and Indonesia (April 1974).

La Figure 1 fait ressortir le contraste entre l'étendue de l'endémicité variolique en 1967 et en décembre 1974. En 1967, des cas de variole avaient été notifiés par 43 pays d'Asie, d'Afrique et d'Amérique du Sud, dont 30 où la maladie était considérée comme endémique. En décembre 1974, on pense que la transmission ne persiste que dans trois pays — Bangladesh, Inde et Ethiopie — qui plus est, comme on l'a vu plus haut, seulement dans des zones limitées de chacun de ces pays. Des commissions internationales spécialement constituées à cet effet ont examiné deux des quatre zones géographiques où la variole était primitivement endémique, à savoir l'Amérique du Sud (en août 1973) et l'Indonésie (en avril 1974); et elles ont confirmé que l'éradication y était réalisée.

FIG. 3
ASIA: ACTIVE SMALLPOX OUTBREAKS,
MARCH TO DECEMBER 1974
ASIE: FLAMBÉES DE VARIOLE
MARS À DECEMBRE 1974



ASIA

Epidemics of smallpox in northern India were, in part, responsible for the marked increase in reported cases in Asia during 1974 (Table 1). However, the increase was magnified by far more complete reporting of cases. This was achieved as a result of special campaigns begun throughout Asia in October 1973 and greatly intensified during the summer and autumn of 1974. By the end of the year, it was estimated that more than 95% of all cases throughout Asia were being detected and reported, representing in most areas more than a three-fold improvement over that of the previous year.

Beginning in October 1973, throughout the endemic areas in India, and subsequently in Bangladesh and Pakistan, health staff of all categories began a week-long organized programme each month to search for cases of smallpox. In the non-endemic areas, search operations were conducted at less frequent intervals. Workers visited each village to inquire about cases and, in municipalities, searched house-to-house. Outbreaks which were discovered were then contained by special teams. Although numerous unknown outbreaks were detected, the initial search programmes were not fully effective—many areas and many villages were not visited. Additional funds made available during 1974 by the Organization and, subsequently, by the Government of Sweden permitted the

ASIE

Les épidémies qui ont affecté le nord de l'Inde sont en partie la cause de l'accroissement marqué du nombre des cas déclarés en Asie en 1974 (Tableau 1). Il est toutefois à noter que cet accroissement a été amplifié par la complétude beaucoup plus grande des notifications, résultat des campagnes spéciales lancées dans toute l'Asie en octobre 1973 et fortement intensifiées pendant l'été et l'automne de 1974. A la fin de l'année, on estimait que plus de 95% de tous les cas qui s'étaient produits en Asie avaient été dépistés et notifiés, ce qui représentait pour la plupart des régions une augmentation de plus de trois fois par rapport à l'année précédente.

A partir d'octobre 1973, dans toutes les régions d'endémicité de l'Inde et, par la suite, au Bangladesh et au Pakistan, on a mené tous les mois pendant une semaine une campagne systématique de recherche des cas avec la participation de personnel sanitaire de toutes catégories. Dans les zones de non endémicité, les opérations ont été menées à intervalles moins rapprochés. Des agents sanitaires se sont rendus dans chaque village pour demander s'il y avait des cas; dans les municipalités, ils ont effectué leur investigation maison par maison. Des équipes spéciales ont ensuite assuré l'endigement des poussées découvertes. Bien qu'ils aient permis de déceler de nombreuses poussées qui étaient auparavant passées inaperçues, les premiers programmes de recherche des cas n'ont pas été entièrement

TABLE 2. PAKISTAN, INDIA, BANGLADESH: NUMBER OF DISTRICTS WITH ACTIVE FOCI
TABLÉAU 2. 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 30 juin	31 August 31 août	31 October 31 octobre	31 December 31 décembre
100 +	16	10	0	0
50-99	25	11	2	3
10-49	51	28	21	6
1-9	80	78	54	51
0	270	315	365	382

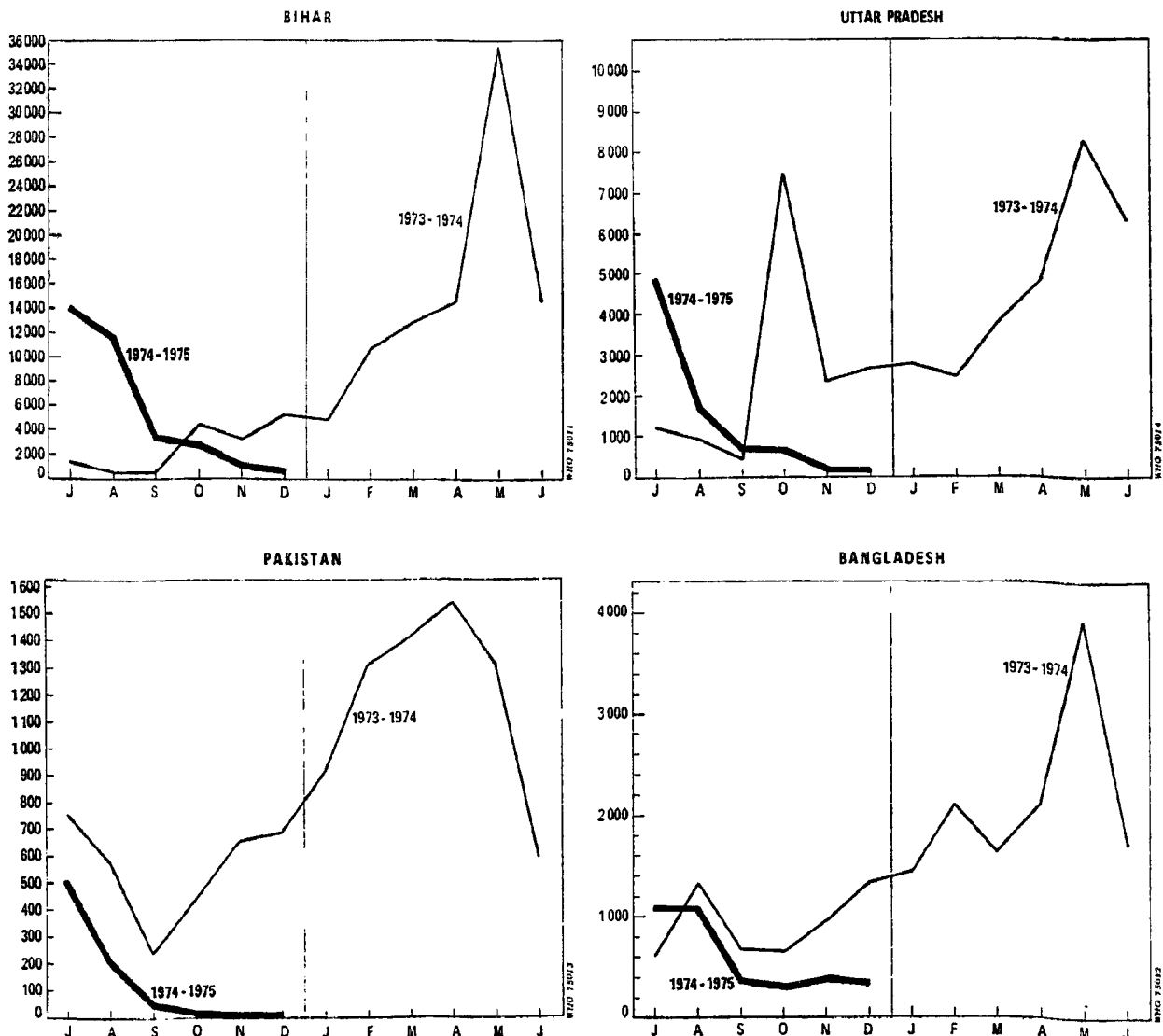
assignment of many additional national and international epidemiologists as well as transport to strengthen supervision. The search programme greatly improved and, by late summer, independent assessment confirmed that in most areas more than 90% of all villages were indeed being visited by health teams. To provide a further check, repeat searches employing local volunteers were organized in problem areas. In the autumn, the frequency of search was increased to once every three weeks and a reward of 50 rupees and later 100 rupees was offered to anyone reporting a previously unknown outbreak.

Progress in the campaign was monitored in terms of the number of « active outbreaks » present at given points in time. An « active outbreak » was defined as a village or municipal ward in a city in which one or more cases of smallpox had occurred during the preceding four weeks, and which thus had to be kept under close surveillance to assure that the outbreak had indeed been stopped. As the number of outbreaks decreased, the period of surveillance and the duration during which outbreaks were considered to be "active", was extended to six weeks.

efficaces, de nombreuses zones et de nombreux villages n'ayant pas été visités. Grâce aux fonds supplémentaires octroyés en 1974 par l'Organisation et, ultérieurement, par le Gouvernement suédois, il a été possible d'affecter aux opérations un fort contingent supplémentaire d'épidémiologistes nationaux et internationaux, ainsi que des véhicules qui ont permis d'assurer une meilleure supervision. Le programme a ensuite été mené dans de bien meilleures conditions et, vers la fin de l'été, une évaluation indépendante a confirmé que dans la plupart des régions plus de 90% des villages étaient effectivement visités par les équipes de santé. Pour plus de sécurité, les opérations ont été répétées par des volontaires locaux dans les zones « difficiles ». A l'automne, la fréquence des opérations a été accrue, à raison d'une toutes les trois semaines, et une prime de 50 puis de 100 roupies a été offerte à quiconque signalerait une poussée jusqu'alors non décelée.

Les progrès de la campagne ont été évalués d'après le nombre des « poussées actives » présentes à des moments donnés. On a défini comme « poussées actives » celles qui se produisaient dans un village ou un arrondissement urbain où un ou plusieurs cas de variole s'étaient produits au cours des quatre semaines précédentes, et qu'il fallait donc soumettre à une surveillance étroite afin d'avoir la certitude que la poussée était effectivement maîtrisée. Le nombre des poussées diminuant, la période de surveillance et celle durant laquelle les poussées étaient considérées comme « actives » ont été portées à six semaines.

FIG. 4
SMALLPOX INCIDENCE, 1972-1974
INCIDENCE DE LA VARIOLE, 1972-1974



As shown in *Table 2*, the number of districts in Bangladesh, India and Pakistan which were smallpox free increased from 270 (61% of the total) at the end of June to 382 (86%) at the end of December. At the same time, the number of "problem" districts, i.e. those with ten or more active outbreaks, decreased from 92 to nine. By the end of December, Pakistan as well as southern, central and western India were smallpox free (*Fig. 2*).

The number of outbreaks decreased from a peak of almost 10 000 in May to only 500 at the end of November (*Fig. 3*). The number of reported cases also diminished in the four principally affected areas as well as elsewhere (*Fig. 4*). The steady decline in outbreaks continued until the end of November but between then and the end of December the overall total of outbreaks remained essentially unchanged. While in most districts the number of outbreaks continued to decline, although at a slower rate than before, the number increased sharply in three districts to the point where more than half of all the outbreaks in Asia were located in Gaya District in Bihar State (India) and Mymensingh and Rangpur Districts in Bangladesh.

In India, the principal weakness in the programme was found to be in the execution of containment measures. Containment vaccination in the affected villages was observed to be proceeding too slowly, unvaccinated visitors were sometimes visiting affected houses and occasionally patients were moving from place to place before having recovered. Accordingly, at the end of December, a more stringent containment programme was begun which provided for as many as 20 to 25 vaccinators with additional supervisors to complete containment vaccination within 24 hours after discovery of an outbreak, watchguard vaccinators to be posted at every infected house on a 24-hour basis, and provisions of food, as required, to infected families to encourage isolation.

Each new outbreak and each outbreak persisting for more than 21 days was to be visited by senior government of India staff and senior WHO advisers to insure that all possible measures had been taken. The objective of the intensified programme is to stop transmission throughout India by the end of February.

In Bangladesh, the problem is different. The heavily afflicted areas are in subdivisions of Rangpur and Mymensingh Districts, the centre of one of the most severe floods and famines in recent decades in Bangladesh. Hundreds of thousands of migrants are continuously on the move in search of food. Even those afflicted with smallpox are carried or moved from place to place during the highly infectious early stages of disease. Although more than half of all outbreaks in Bangladesh are being detected less than seven days after onset of the first case, those afflicted have frequently already transmitted smallpox to others in villages scattered over many miles. Special teams have now been constituted specifically to search for cases and to vaccinate among migrant groups; additional senior national and international staff have been assigned for supervision; and health workers throughout the country are undertaking a special intensive campaign of vaccination during the months of January and February. While it is hoped that the country may soon become smallpox free, it may be difficult to achieve this until after the seasonally high rates of smallpox transmission begin to diminish.

It is apparent that excellent progress in the eradication campaign has been made during the past 12 months. Pakistan, as well as western, central and southern India are now thought to be smallpox free. The number of cases reported from Asia during December is 89% less than a year ago, and this despite far more complete reporting. A far larger staff working under closer and better supervision is now engaged. If the momentum can be sustained, it is reasonable to anticipate that the last case of smallpox in Asia could be detected by June 1975. Following this, of course, a two-year period of intensive surveillance would be required to assure that there were no remaining hidden foci.

AFRICA

Smallpox incidence in Africa declined for the fourth successive year (*Table 3*). All but 28 of the 4 464 cases recorded during 1974 were reported from Ethiopia which is believed to be the only remaining endemic country in the continent. Cases reported from

Comme le montre le *Tableau 2*, le nombre de districts indemnes du Bangladesh, de l'Inde et du Pakistan est passé de 270 (61% du total à la fin de juin à 382 (86%) à la fin de décembre. Dans le même temps, le nombre des districts « difficiles » — où dix poussées actives ou davantage avaient été signalées — est tombé de 92 à neuf. A la fin de décembre, le Pakistan, ainsi que l'Inde du Sud, du centre et de l'ouest étaient libérés de la variole (*Fig. 2*).

Le nombre des poussées est passé d'un maximum de près de 10 000 en mai à 500 seulement fin novembre (*Fig. 3*). Le nombre des cas notifiés a également diminué, aussi bien dans les quatre zones principalement affectées qu'ailleurs (*Fig. 4*). Le nombre total des poussées a continué de décliner régulièrement jusqu'à la fin de novembre mais, depuis lors et jusqu'à la fin de décembre, il est demeuré à peu près stationnaire. Dans la plupart des districts le nombre des poussées a continué de fléchir, encore qu'à une cadence moins rapide, mais il a brusquement remonté dans trois districts, ceux de Gaya (dans l'Etat indien de Bihar), de Mymensingh et de Rangpur (au Bangladesh) qui totalisaient plus de la moitié des poussées signalées en Asie.

En Inde, il est apparu que c'était l'application des mesures d'endiguement qui constituait le point faible du programme: dans les villages touchés, les vaccinations étaient pratiquées trop tardivement, des personnes non vaccinées pénétraient parfois chez des varioleux et il arrivait que des malades se déplacent à travers le pays avant d'être complètement rétablis. Aussi, fin décembre, a-t-on entrepris un programme d'endiguement plus rigoureux, prévoyant l'entrée en action de 20 à 25 vaccinateurs et d'un personnel d'encadrement renforcé, afin que les vaccinations puissent être terminées les 24 heures suivant la découverte des poussées, la présence 24 heures sur 24 de vaccinateurs de garde dans chaque maison infectée et, en cas de besoin, le port d'aliments à domicile aux familles infectées pour favoriser l'isolement. Des fonctionnaires de l'administration fédérale indienne et des conseillers principaux de l'OMS devaient enquêter sur chaque nouvelle poussée et sur chaque poussée persistant plus de 21 jours afin de vérifier que toutes les mesures possibles avaient bien été prises. Ce programme intensifié a pour objectif d'interrompre la transmission dans toutes les régions de l'Inde d'ici à la fin de février.

Au Bangladesh, le problème est différent. Les zones les plus touchées se trouvent dans certaines subdivisions des districts de Rangpur et de Mymensingh, au centre de la région victime de l'inondation et de la famine les plus graves que l'on ait enregistrées depuis plusieurs décennies au Bangladesh. Des centaines de milliers de gens se déplacent continuellement en quête de nourriture. Les varioleux eux-mêmes sont transportés d'un endroit à un autre pendant les premiers stades de l'infection alors qu'ils sont extrêmement contagieux. Bien que l'on parvienne à déceler plus de la moitié des poussées moins de sept jours après l'apparition du premier cas, il arrive souvent que les malades aient déjà transmis la variole à d'autres personnes dans des villages situés à des kilomètres de distance les uns des autres. Des équipes spéciales ont maintenant été spécifiquement chargées de procéder à la recherche des cas et aux vaccinations parmi ces migrants; de nouveaux cadres nationaux et internationaux ont été affectés aux opérations et, dans tout le pays, le personnel sanitaire procède à une campagne spéciale intensive de vaccination pendant les mois de janvier et février. On espère que le pays sera bientôt libéré de la variole, mais il sera sans doute difficile d'y parvenir avant que s'amorce le déclin des taux de transmission de la maladie, toujours élevés en cette saison.

De toute évidence, la campagne d'éradication a remarquablement progressé au cours des 12 derniers mois. On pense que le Pakistan, de même que l'Inde occidentale, centrale et méridionale, sont désormais exempts de la variole. Le nombre des cas signalés pour l'Asie en décembre est inférieur de 89% à ce qu'il était voici un an, et cela en dépit d'une notification beaucoup plus complète. Le personnel est maintenant bien plus nombreux et mieux encadré. Si cet élan peut être maintenu, on peut raisonnablement prévoir que le dernier cas de variole en Asie pourra être décelé d'ici à juin 1975. Bien entendu, il faudra ensuite mener des opérations de surveillance intensive pendant deux ans pour s'assurer qu'il ne subsiste aucun foyer caché.

AFRIQUE

L'incidence de la variole a diminué en Afrique pour la quatrième année consécutive (*Tableau 3*). La totalité des 4 464 cas enregistrés en 1974, à l'exception de 28, a été signalée en Ethiopie, et l'on pense que ce pays est le dernier du continent où la variole subsiste à

the French Territory of the Afars and Issas, Kenya and Somalia occurred as a result of importations from outbreaks among nomadic groups in the south-eastern Ogaden desert area of Ethiopia.

In Ethiopia, the last outbreaks in the Ogaden Desert are now believed to be contained although surveillance teams are still searching the area. The remaining endemic foci are centred in rural mountainous areas of north-central Ethiopia. The remaining infected areas are among the most difficult and inaccessible areas on the continent. The population live in houses scattered across a rugged plateau and are frequently resistant to vaccination. In most such areas in other countries, smallpox transmission has tended to stop spontaneously, but residents in this area of Ethiopia travel frequently and for long distances on foot and so manage to continue to propagate the disease.

While surveillance teams continue their programmes of active search in the areas of Ethiopia now freed of smallpox, a special campaign termed "Operation Crocodile" was launched in the problem areas in mid-November. Two helicopters were leased with funds provided by the USA 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 the USA and Japan are ferried to a site for a three to four day programme of search for smallpox cases and primary vaccination of residents. On completion of their work, they are picked up and transported to another pre-designated site. By this means, the entire endemic area is being systematically searched and vaccinated. Where resistance to vaccination is encountered, government officials, who are playing a very active role in the programme, are ferried to the area to help persuade the villagers. However, resistance to vaccination has proved much less of a problem than before, perhaps due to the dramatic mode of arrival of the teams.

l'état endémique. Les cas signalés dans le Territoire français des Afars et des Issas, au Kenya et en Somalie étaient dus à des importations résultant de poussées survenues chez les nomades du désert de l'Ogaden, dans le sud-est de l'Ethiopie.

On considère que les dernières poussées du désert de l'Ogaden sont endiguées maintenant, mais les équipes de surveillance poursuivent néanmoins leurs investigations dans la région. Les foyers endémiques qui subsistent sont localisés dans des régions rurales montagneuses du centre-nord de l'Ethiopie. Les dernières zones infectées sont parmi les régions les plus difficilement accessibles du continent africain. La population vit dispersée sur un plateau accidenté et refuse souvent de se laisser vacciner. Dans la plupart des régions analogues situées dans d'autres pays, la transmission de la variole a eu tendance à cesser spontanément, mais les habitants de cette partie de l'Ethiopie parcourent souvent à pied de grandes distances, continuant ainsi à propager la maladie.

Tandis que les équipes de surveillance poursuivaient leurs activités de recherche active des cas dans les régions de l'Ethiopie désormais exemptes de variole, une campagne spéciale baptisée « Opération Crocodile » était lancée à la mi-novembre dans les zones difficiles. Grâce à des crédits octroyés par les Etats-Unis d'Amérique, deux hélicoptères ont été loués pour transporter rapidement les équipes qui ne pouvaient auparavant se déplacer qu'à pied ou à dos de mulet. Des équipes de deux hommes composées de techniciens de l'assainissement ou de panseurs éthiopiens et de travailleurs sanitaires bénévoles venus des Etats-Unis et du Japon sont déposées dans une localité pendant trois ou quatre jours pour y rechercher les cas de variole et soumettre les habitants à une primovaccination. Ces tâches terminées, l'équipe est reprise par l'hélicoptère qui la transporte dans une autre localité selon un plan préétabli. Grâce à ce système, toute la zone d'endémicité peut être couverte par des opérations systématiques de recherche des cas et de vaccination. En cas de résistance à la vaccination, des fonctionnaires éthiopiens, qui jouent un rôle très actif dans ce programme, sont acheminés sur place pour aider à convaincre les villageois. Cependant, la résistance à la vaccination pose beaucoup moins de problèmes qu'autrefois, peut-être du fait que l'arrivée des équipes par hélicoptère impressionne la population.

TABLE 3. AFRICA - SMALLPOX INCIDENCE, 1970-1974
TABLEAU 3. AFRIQUE - INCIDENCE DE LA VARIOLE, 1970-1974

Country or Territory — Pays ou territoire	Population (millions) 1974	Smallpox Cases Reported — Cas de variole notifiés				
		1970	1971	1972	1973	1974 *
Presumed endemic countries — Pays présumés d'endémicité						
Ethiopia — Ethiopie	27.0	722	26 329	16 999	5 414	4 436
Other countries reporting cases — Autres pays ayant notifié des cas						
Botswana . . . . .	.6	—	36	1 059	27	—
Burundi	3.8	197	—	—	—	—
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
Nigeria — Nigéria	72.6	79	—	—	—	—
Rwanda	4.0	253	—	—	—	—
Somalia — Somalie	3.0	—	—	5	7	11
South Africa — Afrique du Sud	22.1	117	7	1	—	—
Southern Rhodesia — Rhodésie du Sud	5.6	6	—	—	—	—
Sudan — Soudan	17.5	1 051	1 141	827	—	—
Uganda — Ouganda	9.4	2	19	16	—	—
United Rep. of Tanzania — Rép.-Unie de Tanzanie	14.6	32	—	—	—	—
Zaire — Zaïre	26.0	716	63	—	—	—
Zambia — Zambie	4.7	2	—	—	—	—
Total		3 177	27 667	19 000	5 462	4 464

* As of 15 January 1975 — Au 15 janvier 1975.

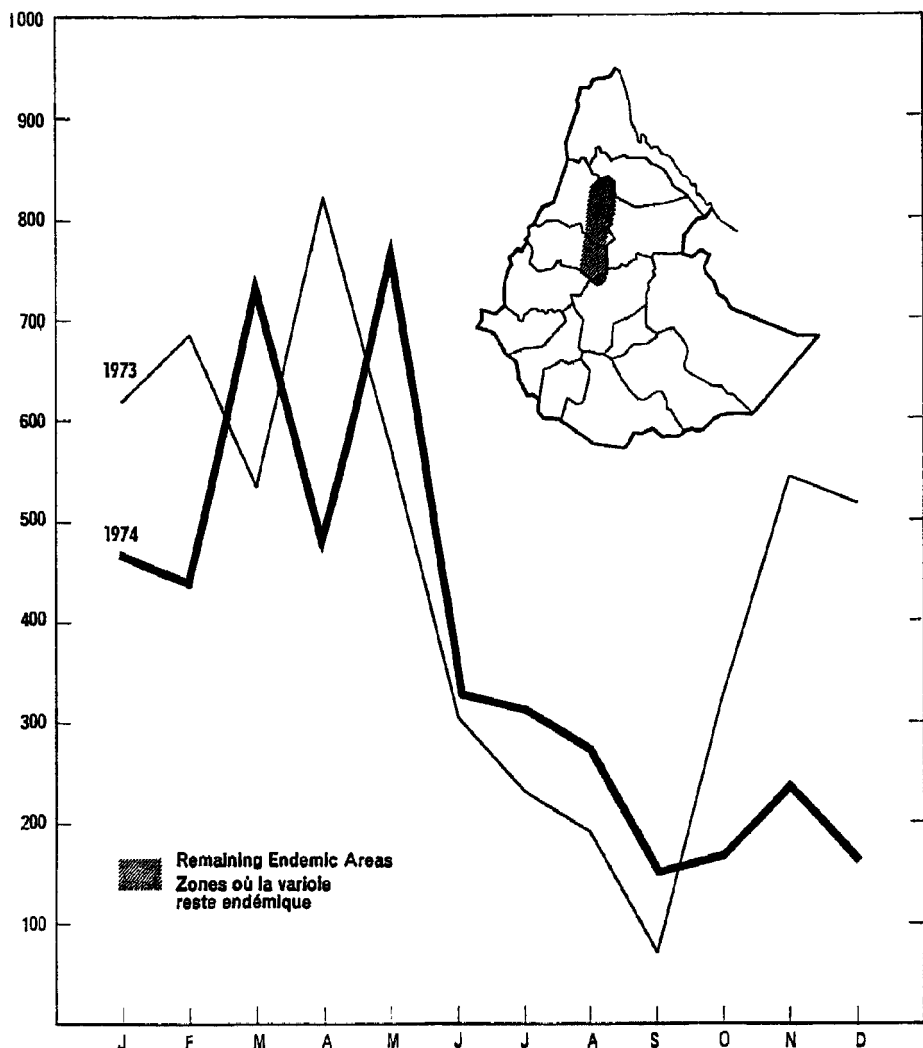


FIG. 5
ETHIOPIA: SMALLPOX CASES,
BY MONTH, 1973-1974
ÉTHIOPIE: NOMBRE DE CAS DE
VARIOLE PAR MOIS, 1973-1974

Smallpox incidence in Ethiopia during 1973 and 1974 is shown in Figure 5. During the summer, somewhat more cases were reported in 1974 than during 1973. This reflected efforts on the part of programme staff to sustain the highest possible level of activity in the problem areas despite extremely difficult problems of travel due to the summer rains. These efforts appear to have been fruitful for, despite a more intensive and active search than has ever before been possible, comparatively few cases of smallpox are now being found. The number of cases detected since September is, in fact, by far the lowest recorded for this period since 1971 when the programme began.

If funds can be found to permit the helicopters to continue working through June, the beginning of the next rainy season, and the teams can continue to work as they are now, it would seem likely that smallpox transmission in Ethiopia could be stopped and that sufficient search would be possible to provide a degree of assurance that there were no remaining pockets of infection.

MONKEYPOX

During 1974, only one additional case of monkeypox was detected in Bumba, Equatoria Province, Zaire. The case occurred in August in a four-year-old child. As has been the pattern with other monkeypox cases, no source of infection could be discovered. Search in the surrounding areas revealed no additional cases. This brings the total of known monkeypox cases to 18, ten of which have occurred in Zaire, four in Liberia, two in Nigeria and one each in Sierra Leone and the Ivory Coast.

La Figure 5 montre comment l'incidence de la variole a évolué en Ethiopie en 1973 et 1974. Pendant l'été 1974, les cas notifiés étaient un peu plus nombreux que l'année précédente, ce qui reflète les efforts déployés par le personnel pour poursuivre son activité au plus haut niveau possible dans les zones difficiles, en dépit des problèmes extrêmement ardues que posent les déplacements pendant les pluies d'été. Ces efforts semblent avoir été couronnés de succès: en effet, bien que les recherches aient été menées plus activement et avec plus d'intensité que jamais, on ne décèle maintenant qu'un nombre de cas relativement faible. En fait, le nombre des cas décelés depuis septembre est de loin le plus bas que l'on ait enregistré à cette époque de l'année depuis 1971, première année d'exécution du programme.

Si l'on parvient à obtenir les fonds nécessaires pour continuer à employer les hélicoptères jusqu'à la fin de juin, lorsque commencera la prochaine saison des pluies, et si les équipes sont à même de poursuivre leur tâche dans les mêmes conditions qu'actuellement, la transmission de la variole pourra probablement être interrompue en Ethiopie et les opérations de recherche permettront d'avoir la quasi-certitude qu'il ne subsiste aucune poche d'infection dans le pays.

MONKEYPOX

En 1974, un seul nouveau cas de monkeypox a été diagnostiqué à Bumba (Province de l'Equateur, Zaire), en août, chez un enfant de quatre ans. De même que pour les cas précédents, on n'a pu découvrir aucune source d'infection et les recherches faites aux environs n'ont pas révélé d'autres cas. Le nombre total des cas de monkeypox connus est ainsi porté à 18, dont dix au Zaire, quatre au Libéria, deux au Nigéria, un en Sierra Leone et un en Côte d'Ivoire.