



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 Téléc 27821

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

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

16 MARCH 1979

54th YEAR — 54^e ANNÉE

16 MARS 1979

ENTEROVIRUS 71 SURVEILLANCE

BULGARIA. — An extensive outbreak of poliomyelitis-like disease affecting mainly young children occurred in Bulgaria in 1975. The disease presented with paralysis in more than 20% (of these paralytic cases, some 25% were fatal), and other signs of central nervous system (CNS) involvement such as encephalitis, encephalomyocarditis and aseptic meningitis. The initial attempts at isolation on continuous cell lines of human embryo cell cultures, which usually give good results for polioviruses, were unsuccessful. Only after using primary or continuous cultures of African green monkey kidney and the inoculation of newborn white mice, cotton rats or monkeys could virus strains be isolated. It was possible in this way to exclude poliovirus as the causative agent of the outbreak but the final identification of the strain which was responsible involved the close collaboration of laboratories in Bulgaria, the USA and the USSR.

A typical strain, strain 258, isolated from the spinal cord of a three-month old baby who died on the fifth day of illness with signs of focal encephalo-poliomyelitis, was the object of thorough biological, antigenic and physico-chemical investigations and was used as reference in further studies. Cross-neutralization tests in tissue culture and newborn white mice showed a close antigenic relationship of strain 258 and other strains isolated from fatal poliomyelitis-like cases in the Bulgarian outbreak to two American and three Swedish strains of enterovirus type 71. On the basis of the combined virological and epidemiological data, enterovirus 71 was established as the causative agent for the outbreak in Bulgaria. It is interesting to note that previously reported outbreaks due to this virus were associated with much milder CNS involvement or none at all.

Altogether, 451 cases or about 64% of all those recorded were studied for virus isolation. Ninety-two strains with the antigenic properties of enterovirus 71 were isolated from 65 cases, of which 30 were aseptic meningitis, and 35 were cases of poliomyelitis-like disease (27 fatal and eight non-fatal). Thirty-eight of the 54 strains isolated from fatal cases were found in CNS specimens. In another 25 cases equivocal cytopathological effects were seen in early passages but were not sustained in later passages. From the faeces of 24 patients, coxsackieviruses (seven isolates), echoviruses (eight), and mixtures of vaccine polioviruses (nine cases, [recovered soon after mass immunization of the population with Sabin live vaccine]) were identified. Many of the negative isolations were from the

SURVEILLANCE DE L'ENTÉROVIRUS 71

BULGARIE. — Une poussée épidémique étendue d'une maladie d'allure poliomyélique touchant principalement les jeunes enfants s'est produite en Bulgarie en 1975. La maladie a été associée à des symptômes de paralysie (avec issue fatale une fois sur quatre environ) dans plus de 20% des cas et à d'autres symptômes d'atteinte du système nerveux central tels qu'encéphalite, encéphalomyocardite et méningite à liquide clair. Les tentatives initiales d'isolement sur des lignées continues de cellules provenant de cultures de cellules d'embryons humains, qui donnent généralement de bons résultats pour les poliovirus, ont échoué. Ce n'est qu'après avoir procédé à des cultures primaires et continues de foie du singe vert africain et à l'inoculation de souris blanches nouveau-nées, de sigmodontes ou de singes que des souches de virus ont pu être isolées. Il a été possible ainsi d'exclure la possibilité que le poliovirus soit l'agent causal de la poussée, mais l'identification définitive de la souche responsable n'a pu être faite qu'après des recherches effectuées en collaboration étroite avec des laboratoires de Bulgarie, des Etats-Unis d'Amérique et de l'URSS.

Une souche typique (souche 258), isolée à partir de la moelle épinière d'un bébé de trois mois décédé le cinquième jour de la maladie en présentant des signes d'encéphalo-poliomyélite focale, a fait l'objet d'investigations biologiques, antigéniques et physico-chimiques poussées et a été utilisée comme référence pour des études ultérieures. Des tests de neutralisation croisée dans des cultures de tissus et chez des souris blanches nouveau-nées ont mis en évidence une étroite relation antigénique entre, d'une part, la souche 258 et d'autres souches isolées à partir de cas mortels d'allure poliomyélique observés en Bulgarie et, d'autre part, des souches d'entérovirus de type 71 — deux souches américaines et trois souches suédoises. D'après les données virologiques et épidémiologiques, il a été établi que l'entérovirus 71 était l'agent causal de la poussée survenue en Bulgarie. Il est intéressant de noter que, dans le cas des précédentes poussées dues à ce virus, les atteintes du système nerveux central étaient beaucoup plus bénignes ou inexistantes.

Au total, 451 cas, soit 64% environ des cas enregistrés, ont été étudiés en vue de l'isolation du virus. On a isolé ainsi 92 souches présentant les propriétés antigéniques de l'entérovirus 71 à partir de 65 cas, dont 30 cas de méningite à liquide clair et 35 cas d'une maladie d'allure poliomyélique (dont 27 cas mortels et huit cas non mortels). Trente-huit des 54 souches isolées à partir de cas mortels ont été trouvées dans des échantillons provenant de patients ayant souffert d'atteintes du système nerveux central. Dans 25 autres cas, des effets cytopathologiques équivoques ont été observés lors des passages initiaux mais n'ont pas persisté lors des passages ultérieurs. Dans les fèces de 24 patients, des virus Coxsackie (sept isolats), des échovirus (huit isolats) et un mélange de poliovirus vaccinaux

Epidemiological notes contained in this number:

Aseptic Meningitis, Diarrhoeal Disease Surveillance, Enterovirus 71 Surveillance, Guillain-Barré Syndrome, Influenza Surveillance, Poliomyelitis Surveillance, Salmonella Surveillance, Smallpox Surveillance, Surveillance of Gonococcal Infections, Whooping Cough Surveillance.

List of Newly Infected Areas, p. 88

Informations épidémiologiques contenues dans ce numéro:

Méningite aseptique, surveillance de la coqueluche, surveillance de la grippe, surveillance de la poliomyélite, surveillance de la variole, surveillance de l'entérovirus 71, surveillance des gonocoques, surveillance des maladies diarrhéiques, surveillance des salmonella, syndrome de Guillain-Barré.

Liste des zones nouvellement infectées, p. 88.

early period of the outbreak, before the use of the optimal green monkey kidney cultures and inoculation of newborn white mice or monkeys. Serological investigation of 392 cases indicated infection with enterovirus 71 in 282 (71.9%). The non-fatal cases with positive isolations of enterovirus 71 showed a four-fold or higher rise or stable high titres of virus neutralizing antibodies to Bulgarian strain 258. There were 130 cases from which virus was not isolated which also showed a four-fold or higher rise in antibody titres to enterovirus 71 or strain 258.

(neuf cas [obtenus peu après la vaccination en masse de la population par le vaccin Sabin vivant]), ont été identifiés. Un grand nombre des isolats négatifs correspondaient à la période initiale de la poussée, avant qu'on ait procédé à des cultures optimales de foie de singe vert et à l'inoculation de souris blanches nouveau-nées ou de singes. Les investigations sérologiques pratiquées dans 392 cas ont mis en évidence une infection à entérovirus 71 dans 282 cas (71,9 % du total). Dans les cas non mortels pour lesquels l'entérovirus 71 a été isolé, on a observé une élévation du titre des anticorps neutralisant la souche bulgare 258 allant du simple au quadruple ou davantage, ou un titre élevé stable. Dans 130 cas pour lesquels le virus n'a pas été isolé, on a aussi noté une élévation allant du simple au quadruple ou davantage du titre des anticorps neutralisant l'entérovirus 71 ou la souche 258.

(Based on/D'après: *Information from the Institute of Epidemiology of the Medical Academy, Sofia (Bulgaria), and the WHO Virus Collaborating Centres: Institute of Poliomyelitis and Virus Encephalitis, Moscow, USSR, and the Department of Virology and Epidemiology, Baylor College of Medicine, Houston, USA.*)

VACCINATION AND THE GUILLAIN-BARRÉ SYNDROME

NETHERLANDS. — The retrospective survey carried out in 1977¹ among all neurologists and psychiatrists in the Netherlands as to a possible connexion between influenza vaccination and the Guillain-Barré syndrome was repeated in 1978. The 1977 survey included vaccination-anamneses for all vaccinations carried out in 1976. In 1978 the survey only referred to influenza vaccinations carried out in 1977.

The response rate was 72% in 1977 (600 of 835 specialists) and 81% in 1978 (641 of 792). This did not include those specialists who were found to have retired or who were practising only psychiatry (250 in 1977 and 312 in 1978).

Influenza Vaccination

The number of reported cases of the Guillain-Barré syndrome in 1976 and 1977 by age and influenza vaccination-anamnesis is given in Table 1.

VACCINATION ET SYNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ

PAYS-BAS. — L'enquête rétrospective effectuée en 1977¹ auprès de tous les neurologues et psychiatres des Pays-Bas pour rechercher l'existence éventuelle d'un lien entre la vaccination antigrippale et le syndrome de Guillain-Barré a été répétée en 1978. Mais contrairement à l'enquête de 1977 qui comportait la recherche de toutes les vaccinations pratiquées en 1976, l'enquête de 1978 n'a porté que sur les vaccinations antigrippales pratiquées en 1977.

Le taux de réponse a été de 72% en 1977 (600 spécialistes sur 835 interrogés) et de 81% en 1978 (641 sur 792). Ne sont pas compris dans ces chiffres les spécialistes qui avaient pris leur retraite ou qui ne pratiquaient que la psychiatrie (250 en 1977 et 312 en 1978).

Vaccination antigrippale

Le nombre de cas de syndrome de Guillain-Barré notifiés en 1976 et 1977 figure au Tableau 1, par âge et antécédents de vaccination antigrippale.

Table 1. Number of Reported Cases of the Guillain-Barré Syndrome by Age Group and Influenza Vaccination-Anamnesis, Netherlands, 1976 and 1977

Tableau 1. Nombre de cas de syndrome de Guillain-Barré notifiés, par groupe d'âges et selon les antécédents de vaccination antigrippale, Pays-Bas, 1976 et 1977

Age Group — Groupe d'âges	Influenza Vaccination in the Month preceding Onset of Disease Vaccination antigrippale dans le mois précédant la survenue de la maladie			
	1976		1977	
	No — Non	Yes — Oui	No — Non	Yes — Oui
<1	—	—	—	—
1-4	1	—	1	—
5-9	3	—	3	—
10-14	1	—	4	—
15-19	6	—	3	—
20-24	8	—	9	—
25-34	14	—	15	—
35-44	10	1	7	—
45-54	11	—	12	—
54-64	18	1	10	—
>65	15	2	6	—
Unknown — Inconnu	1	—	1	—
Total	88	4	71	—

Four out of the 92 reported cases in 1976 and none of the 71 in 1977 were vaccinated in the month preceding onset of the Guillain-Barré syndrome. In 1976, 1 210 600 doses of influenza vaccine were licensed and distributed in the Netherlands, and 1 278 127 in 1977. The results of these surveys do not show an association between influenza vaccination and the Guillain-Barré syndrome in the country.

Cholera Vaccination

Two cases of the Guillain-Barré syndrome which occurred in 1976 were reported in 1977 in persons who had been vaccinated against cholera during the month preceding onset of disease. However, it is difficult to evaluate this finding as no information is available about the size of the population vaccinated against cholera. The 1978 survey only dealt with influenza vaccination.

Les 92 cas de syndrome de Guillain-Barré notifiés en 1976 concernaient des sujets dont quatre seulement avaient été vaccinés le mois précédent. En 1977, aucune des 71 victimes du syndrome n'avait subi de vaccination un mois auparavant. En 1976, 1 210 600 doses de vaccin antigrippal ont été homologuées et distribuées aux Pays-Bas, le chiffre correspondant pour 1977 étant de 1 278 127. Les résultats de ces enquêtes ne font apparaître aucune association entre la vaccination antigrippale et le syndrome de Guillain-Barré dans le pays.

Vaccination anticholérique

Deux cas de syndrome de Guillain-Barré survenus en 1976 ont été signalés en 1977 chez des personnes qui avaient été vaccinées contre le choléra au cours du mois ayant précédé l'apparition de la maladie. Toutefois, il est difficile de mesurer la signification de cette observation du fait que l'on ne connaît pas le nombre de personnes qui ont été vaccinées contre le choléra. Quant à l'enquête de 1978, elle n'a porté que sur la vaccination antigrippale.

¹ See No. 27, 1977, p. 227.

¹ Voir N° 27, 1977, p. 227.

Diphtheria, Tetanus, Pertussis, Polio (DTP-Polio) Vaccination

General practitioners who treated patients under ten years of age were asked about DTP-Polio or DT-Polio vaccinations in the two months preceding onset of the disease.

Within the National Vaccination Programme, children are immunized with DTP-Polio vaccine at the age of three, four and five months, and at 12 or 14 months. In addition, they receive DT-Polio vaccine at the age of four and nine years. The annual vaccination acceptance rate for the primary series of three DTP-Polio injections is about 95%. For the booster-injections these rates are about 90%. This means that more than one million doses of DTP-Polio and DT-Polio vaccine are given annually to children below the age of ten years. During the period 1976-1977, none of the eight reported cases of the Guillain-Barré syndrome in this age group had been vaccinated in the two-month period preceding onset of the disease.

To conclude, the above results do not support a connexion between vaccination against diphtheria, whooping cough, tetanus and poliomyelitis and the Guillain-Barré syndrome in the Netherlands.

Vaccination antidiphthérique, antitétanique, anticoquelucheuse et antipoliomyélitique (DTC Polio)

Les omnipraticiens ayant traité des malades de moins de dix ans ont été interrogés sur les vaccinations DTC Polio ou DT Polio au cours des deux mois ayant précédé l'apparition de la maladie.

Dans le cadre du programme national de vaccination, les enfants sont vaccinés au moyen du vaccin DTC Polio à trois, quatre et cinq mois, puis à 12 ou 14 mois. En outre, ils reçoivent le vaccin DT Polio à l'âge de quatre et neuf ans. Le taux annuel d'acceptation de la vaccination pour la première série des trois injections de DTC Polio est d'environ 95%. Pour les injections de rappel, ce taux est d'environ 90%. Cela signifie que plus d'un million de doses de vaccin DTC Polio et DT Polio sont administrées chaque année aux enfants de moins de dix ans. Au cours de la période 1976-1977, aucun des huit cas de syndrome de Guillain-Barré signalés dans ce groupe d'âges n'avait été précédé par une vaccination au cours des deux derniers mois.

En conclusion, les résultats qui précèdent ne semblent pas indiquer qu'il y ait aux Pays-Bas un quelconque rapport entre la vaccination antidiphthérique, anticoquelucheuse, antitétanique et antipoliomyélitique et le syndrome de Guillain-Barré.

(Based on/D'après: *Monthly Epidemiological Report/Rapport épidémiologique mensuel*, 1978, No. 9; Staatsoezicht op de Volksgezondheid.)

SALMONELLA SURVEILLANCE**Two Unusual Cases of Typhoid**

AUSTRALIA. — Two young adults, brother and sister (aged 25 and 20 years) were admitted to the Prince Henry Hospital, N.S.W., on 14 October 1978, with a clinical diagnosis of typhoid fever. Both patients took ill after holidaying abroad. The patients had been sick for about seven days before admission but had received no antibiotic treatment. On admission the patients were delirious with high fever and were described as extremely ill with symptoms of toxicity and dehydration.

Three sets of blood cultures and several specimens of faeces were taken from each patient before antibiotic treatment was started. In each patient *Salmonella typhi* was isolated from all three blood cultures. Three of six faeces specimens yielded *S. typhi* in the female patient and one of five faecal samples grew *S. typhi* in the male.

In both patients the antibiotic sensitivity pattern of the *S. typhi* isolated from blood was different to that of the organism found in the faecal specimens. The *S. typhi* from blood culture was sensitive to ampicillin, tetracycline, chloramphenicol, kanamycin and gentamicin when tested by disc sensitivity (C.D.S. method) whereas the isolate from faeces was resistant to ampicillin, tetracycline and chloramphenicol and sensitive only to kanamycin and gentamicin. These different sensitivity patterns were confirmed by repeated testing of at least ten colonies from each of the primary isolation plates of the blood and faeces cultures. The identity of the organisms from each site was confirmed by the University of Melbourne as *S. typhi*, phage type E1.

Both patients were treated initially with ampicillin, 1 G four hourly intravenously, and after three doses chloramphenicol, 500 mg six hourly intravenously, was substituted. Chloramphenicol was continued for ten days and the patients were then treated with oral amoxicillin, 500 mg six hourly for 24 days. Both made an apparent rapid response to treatment; the fever and pulse fell by the fourth day and the patients were asymptomatic by the seventh to eighth day. Three stool cultures taken from each at 17 days to 20 days after admission were negative, and both patients were discharged to outpatients follow-up after 20 days hospitalisation.

EDITORIAL NOTE: The organism involved in the above cases is unusual for two reasons. Firstly, although resistance to ampicillin in *S. typhi* isolates so far detected in Australia is uncommon, it is believed that this is the first *S. typhi* isolated in this country which is resistant to chloramphenicol. The latter is a cause for concern since chloramphenicol is the antibiotic of choice for the treatment of typhoid.

Secondly, the variation in antibiotic sensitivity patterns demonstrated by the isolates from blood compared to those from faeces in both patients is not readily explainable. Cultures from these patients have been sent to the Center for Disease Control in Atlanta for further testing.

(Based on/D'après: *Communicable Diseases Intelligence*, Australia, No. 78/23.)

SURVEILLANCE DES SALMONELLA**Deux cas inhabituels de typhoïde**

AUSTRALIE. — Un jeune homme et sa sœur (âgés de 25 et 20 ans) ont été admis le 14 octobre 1978 au *Prince Henry Hospital* (Nouvelle-Galles du Sud), avec un diagnostic clinique de fièvre typhoïde. Tous deux étaient tombés malades, après des vacances à l'étranger, sept jours environ avant l'admission mais on ne leur avait administré aucun antibiotique. Délirant à l'arrivée avec une forte fièvre, ils ont été décrits comme extrêmement malades et présentant des symptômes de toxi-infection et de déshydratation.

Trois échantillons de sang et plusieurs spécimens de selles ont été prélevés chez les deux malades pour culture avant le début du traitement par les antibiotiques. *Salmonella typhi* a été isolée dans les trois hémocultures de chacun des malades ainsi que dans trois coprocultures sur six chez la femme et dans une sur cinq chez l'homme.

Dans les deux cas, la sensibilité aux antibiotiques de la *S. typhi* des échantillons de sang était différente de celle de l'organisme présent dans les spécimens de selles. La *S. typhi* des hémocultures s'est révélée sensible, lors de l'antibiogramme, à l'ampicilline, à la tétracycline, au chloramphénicol, à la kanamycine et à la gentamicine tandis que celle des coprocultures était résistante à l'ampicilline, à la tétracycline et au chloramphénicol et sensible uniquement à la kanamycine et à la gentamicine. Ces différences ont été confirmées par des épreuves répétées sur au moins dix colonies provenant de chacune des boîtes de culture primaire (hémocultures et coprocultures). L'Université de Melbourne a confirmé que, dans chaque cas, l'organisme était *S. typhi*, lysotype E1.

Les deux malades ont été traités initialement à l'ampicilline par voie intraveineuse à raison d'1 g toutes les quatre heures; après trois doses, on leur a administré du chloramphénicol (500 mg toutes les six heures) également par voie intraveineuse. A l'issue de dix jours de traitement par le chloramphénicol, ils ont reçu toutes les six heures 500 mg d'amoxicilline par voie orale pendant 24 jours. Leur état s'est rapidement amélioré; à la chute de la fièvre et au ralentissement du pouls survenus le quatrième jour a succédé vers le septième ou le huitième jour la disparition des symptômes. Trois coprocultures réalisées chez chacun des malades 17 à 20 jours après l'admission étaient négatives; on les a alors transférés dans un service ambulatoire de postcure après 20 jours d'hospitalisation.

NOTE DE LA RÉDACTION: L'organisme en cause dans les cas mentionnés est inhabituel pour deux raisons. Premièrement, si les isolats de *S. typhi* obtenus jusqu'ici en Australie résistent parfois à l'ampicilline, c'est sans doute la première fois dans ce pays que l'on observe une résistance au chloramphénicol. Ce phénomène est inquiétant car le chloramphénicol est l'antibiotique de choix pour le traitement de la typhoïde.

Deuxièmement, les différences de sensibilité aux antibiotiques observées chez les deux malades entre les isolats d'hémoculture et les isolats de coproculture s'expliquent mal. Des cultures provenant des deux sujets ont été expédiées au *Center for Disease Control* d'Atlanta en vue d'examen plus approfondis.

VIRUS DISEASES SURVEILLANCE

Aseptic Meningitis due to Echovirus Type 9

UNITED STATES OF AMERICA. — An outbreak of aseptic meningitis occurred in an area of eastern Maryland between 16 July and 20 August 1978. The outbreak peaked during the second week of August. Through active case finding, 55 patients with aseptic meningitis were identified of which 36 (65.5%) were between the age of five and 19 years. The overall attack rate for meningitis was 107 per 100 000 population and approximately four times higher in non-whites than whites. Of the 55 cases, 23 were located in a predominantly non-white area, eight, including adults and children, could be linked epidemiologically to a local daycare centre and 15 were clustered in a group of homes adjacent to a migrant labour camp which had no contact with the day-care centre.

From 1 January to 13 October 1978, Maryland reported 233 patients with aseptic meningitis, including the 55 mentioned above. During the summer outbreak period, the state laboratory reported that 69 of 77 non-polio enteroviral isolates were echovirus 9.

This year's report records the largest number of aseptic meningitis cases associated with a single enteroviral agent since aseptic meningitis became reportable in the state in 1963. During the past ten years, the average reported number of patients with aseptic meningitis has been 86 per year. The number of echovirus 9¹ isolations in 1978 was nearly triple the number from 1971, the most recent year with major echovirus 9 activity in Maryland.

¹ See No. 48, 1978, p. 351.

(Based on/D'après: *Morbidity and Mortality*, 1978, 27, No. 50; *US Center for Disease Control*.)

POLIOMYELITIS SURVEILLANCE

Circulation of Poliovirus

CANADA. — The immunization programme against poliomyelitis in the Ottawa region is based on the use of inactivated vaccine, while in the neighbouring region of Quebec live attenuated vaccine is being used. The mixing between the two communities is quite intense and, since poliovirus strains excreted by those vaccinated with attenuated vaccine have the capacity to spread to susceptible contacts, they could be expected to be recovered from Ottawa residents, particularly children. However, a study of virus isolations from 7 668 faecal specimens collected between 1965 and 1978 in the national capital region has failed to confirm this expectation. The specimens were taken from patients, none with clinical poliomyelitis, coming from Ontario (75%) and Quebec (25%). Sixty-four percent of the patients were less than one year old and 23% were between two and five years old. Seventeen strains of poliovirus were isolated, all between 1974-1978. Antigen marker tests showed them all to be of vaccine origin.

Five of these attenuated strains were isolated from Ontario residents who were patients in a hospital caring for children from both Ontario and Quebec. The investigation covered 5 771 Ontario children in the hospital, of which 3 680 were less than one year old and not yet fully vaccinated. One strain of poliovirus type 1 and one of type 2 were isolated from two children recently arrived from abroad and whose vaccination history was unclear. Poliovirus type 3 was isolated from three children, of which two had spent several days in the hospital and probably had been in contact with Quebec patients. None of them had received the reinforcing dose of killed poliomyelitis vaccine. The third isolation of poliovirus type 3 was made from an unvaccinated child within 24 hours of his admission to the hospital. He had no history of contact with recipients of attenuated poliomyelitis vaccine.

The 12 strains isolated from Quebec residents were mostly from very young children who had received trivalent oral poliovaccine in the weeks preceding their admission to hospital. Poliovirus type 1 was found in two cases, type 2 in two, type 3 in five, and one case yielded both types 1 and 3 and two cases types 2 and 3 respectively.

(Based on/D'après: *Canada Diseases Weekly Report/Rapport hebdomadaire des Maladies au Canada*, Health and Welfare/Santé et Bien-Etre Social, Canada, Vol. 4, No. 11, 1978, Vol. 5, No. 4, 1979.)

NOTE ON GEOGRAPHICAL AREAS

The form of presentation in the *Weekly Epidemiological Record* does not imply official endorsement or acceptance by the World Health Organization of the status or boundaries of the territories as listed or described. It has been adopted solely for the purpose of providing a convenient geographical basis for the information herein. The same qualification applies to all notes and explanations concerning the geographical units for which data are provided.

SURVEILLANCE DES MALADIES À VIRUS

Méningite aseptique à échovirus type 9

ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE. — Une poussée de méningite aseptique s'est produite dans une zone du Maryland oriental du 16 juillet au 20 août 1978, atteignant son maximum dans la deuxième semaine d'août. Un dépistage actif a permis de déceler 55 malades dont 36 (65,5%) âgés de cinq à 19 ans. Le taux d'atteinte global de la méningite est de 107 pour 100 000 habitants et il est à peu près quatre fois plus élevé chez les non blancs que chez les blancs. Sur les 55 cas, 23 se sont déclarés dans une zone à population essentiellement non blanche, huit concernant des adultes et des enfants ont pu être associés épidémiologiquement à une garderie d'enfants locale et 15 sont survenus dans un groupe de maisons proches de baraquements de chantier pour travailleurs migrants sans aucun contact avec la garderie.

Du 1^{er} janvier au 13 octobre 1978, le Maryland a signalé 233 cas de méningite aseptique, y compris les 55 susmentionnés. Au cours de l'été de la période d'épidémie, le laboratoire de l'Etat a signalé que sur 77 entérovirus non poliomyélitiques isolés, 69 étaient l'échovirus 9.

On a enregistré cette année le plus grand nombre de cas de méningite aseptique associés à un entérovirus unique depuis 1963, date à laquelle la méningite aseptique a été soumise à déclaration dans cet Etat. Depuis dix ans, le nombre moyen des cas de méningite aseptique s'élève à 86 par an. Le nombre des isolements d'échovirus 9¹ était, en 1978, près de trois fois plus élevé qu'en 1971, dernière année où l'on ait enregistré une activité majeure de l'échovirus 9 dans le Maryland.

¹ Voir N° 48, 1978, p. 351.

SURVEILLANCE DE LA POLIOMYÉLITE

Propagation des poliovirus

CANADA. — Le programme de vaccination contre la poliomyélite dans la région d'Ottawa repose sur l'administration du vaccin inactivé, alors que dans la région attenante du Québec, on utilise le vaccin vivant atténué. Les rapports entre les deux communautés sont nombreux et, comme les souches de poliovirus excrétées par les sujets vaccinés avec le vaccin atténué ont la capacité de contaminer les sujets contacts réceptifs, on pouvait s'attendre à les retrouver chez les habitants d'Ottawa, particulièrement chez les enfants. En fait, une étude des isolements de virus qui a porté sur 7 668 prélèvements de selles obtenus entre 1965 et 1978 dans la capitale nationale n'a pas confirmé cette prévision. Ces prélèvements provenaient de patients — dont aucun n'était atteint de poliomyélite clinique — venant de l'Ontario (75%) et du Québec (25%). Soixante-quatre pour cent des patients avaient moins d'un an et 23% avaient entre deux et cinq ans. Dix-sept souches de poliovirus ont été isolées, toutes entre 1974 et 1978. Des recherches des marqueurs antigéniques ont montré qu'elles étaient toutes d'origine vaccinale.

Cinq de ces souches atténuées ont été isolées chez des habitants de l'Ontario séjournant dans un hôpital qui reçoit des enfants de l'Ontario et du Québec. L'étude portait sur 5 771 enfants de l'Ontario hospitalisés, dont 3 680 avaient moins d'un an et n'étaient pas complètement vaccinés. Une souche de poliovirus de type 1 et une souche de type 2 ont été isolées chez deux enfants récemment arrivés de l'étranger et dont l'histoire vaccinale était mal connue. Le poliovirus du type 3 a été isolé chez trois enfants, dont deux avaient passé plusieurs jours à l'hôpital et avaient probablement été en contact avec des malades venus du Québec. Aucun n'avait reçu la dose de rappel de vaccin tué. Le troisième isolement de poliovirus du type 3 a été fait chez un enfant non vacciné dans les 24 heures qui ont suivi son admission à l'hôpital. Cet enfant n'avait pas d'antécédents de contact avec des sujets vaccinés au vaccin atténué.

Les 12 souches isolées chez les habitants du Québec provenaient pour la plupart de très jeunes enfants qui avaient reçu le vaccin oral trivalent au cours des semaines précédant leur admission à l'hôpital. Le poliovirus du type 1 a été isolé dans deux cas, celui du type 2 dans deux cas, celui du type 3 dans cinq cas, et un cas a donné respectivement à la fois les types 1 et 3 et deux cas à la fois les types 2 et 3.

NOTE SUR LES UNITÉS GÉOGRAPHIQUES

Il ne faudrait pas conclure de la présentation adoptée dans le *Relevé épidémiologique hebdomadaire* que l'Organisation mondiale de la Santé admet ou reconnaît officiellement le statut ou les limites des territoires mentionnés. Ce mode de présentation n'a d'autre objet que de donner un cadre géographique aux renseignements publiés. La même réserve vaut également pour toutes les notes et explications relatives aux pays et territoires qui figurent dans les tableaux.

SMALLPOX SURVEILLANCE

Collection and Testing of Specimens

As global certification of smallpox eradication progresses, laboratory diagnosis of smallpox suspects has become extremely important since it gives the objective confirmation of whether the disease is smallpox or not. A total of 4 577 specimens were submitted in 1978 to two WHO Collaborating Centres from 35 countries in Africa and Asia. This reflects the great effort of those working on preparations for certification of smallpox eradication, particularly in Africa (Table 1). Since the eradication programme first began, this was the first time that not a single specimen from these geographical areas was positive for variola virus.

SURVEILLANCE DE LA VARIOLE

Collecte et expertise de prélèvements

A mesure que progresse la certification mondiale de l'éradication de la variole, le diagnostic en laboratoire des cas suspects prend une importance extrême, car il permet de confirmer objectivement s'il s'agit de variole ou non. En 1978, 4 577 prélèvements provenant de 35 pays d'Asie et d'Afrique ont été soumis à deux centres collaborateurs OMS, ce qui illustre bien les efforts déployés par ceux qui participent aux travaux préparatoires en vue de la certification, en Afrique tout particulièrement (Tableau 1). Depuis le lancement du programme d'éradication, c'est la première fois qu'aucun échantillon provenant de ces zones géographiques ne s'est révélé positif pour le virus variolique.

Table 1. Number of Specimens Tested by WHO Collaborating Centres, 1976-1978
Tableau 1. Nombre d'échantillons expertisés par les centres collaborateurs de l'OMS, 1976-1978

Area — Zone	1976	1977	1978
Asia — Asie	683	1 679	808 ¹
Africa — Afrique	648 (93) ²	2 251 (269)	3 769
Total	1 331 (93)	3 930 (269)	4 577

¹ The number declined following the certification of Bangladesh and India in 1977 and termination of search operations.

² Numbers in brackets were smallpox positive.

¹ Le nombre d'échantillons a diminué à la suite de la certification du Bangladesh et de l'Inde en 1977 et de l'arrêt des recherches.

² Les chiffres entre parenthèses représentent le nombre de cas positifs pour la variole.

The specimens arrive at the Smallpox Eradication Unit, WHO, Geneva, at a rate of about 90 per week but several hundred may arrive on a single day. Following registration the specimens are sent on the first available flight to a WHO Collaborating Centre. In the laboratory each specimen is individually prepared for electron microscopy (EM) and virus culture. The entire workbench must be decontaminated between the testing of individual specimens, and consequently the whole procedure is very exacting and time consuming.

If a specimen is herpes virus positive on EM, a culture may not be done but EM negatives and poxvirus positives are all cultured. It is extremely rare that an EM negative specimen has been culture positive but no chances can be taken.

The basis for the collection of specimens from patients is:

- (1) A suspected case of smallpox.
- (2) Any death from chickenpox.
- (3) Those hospitalized with chickenpox.
- (4) Severe or atypical chickenpox, including those having lesions on palms of hands and/or soles of feet.
- (5) One specimen from a typical outbreak (two or more cases) of chickenpox, stressing collection from unvaccinated persons.
- (6) Other "rash with fever" cases where smallpox cannot be excluded on clinical or epidemiological grounds.
- (7) Suspected monkeypox, generalized vaccinia, camelpox, goatpox, etc. in humans.

In using these criteria for taking specimens, field staff also try to have a wide geographical coverage in preference to a large number of specimens from the same area. Nomads and rural populations are given priority.

These intensified activities for laboratory diagnosis will continue until the Global Commission has certified smallpox eradication currently expected at the end of 1979.

Les prélèvements parviennent au Service de l'Eradication de la Variole, OMS, Genève, au rythme d'environ 90 par semaine, mais il peut en arriver plusieurs centaines le même jour. Après avoir été enregistrés, les échantillons sont envoyés par le premier vol disponible à un centre collaborateur OMS. En laboratoire, chaque prélèvement est séparément préparé pour la microscopie électronique (ME) et la culture. La paillasse tout entière doit être décontaminée après l'expertise de chaque échantillon, ce qui rend l'opération très astreignante et longue.

Lorsqu'un échantillon se révèle positif à la ME pour l'herpès-virus, il n'est pas nécessaire de procéder à une culture, mais les échantillons négatifs à la ME et positifs pour le poxvirus font tous l'objet de culture. Il est extrêmement rare qu'un échantillon négatif à la ME donne une culture positive, mais il importe de ne pas prendre de risque.

Le prélèvement de matériel se fait dans les cas suivants:

- 1) Cas suspect de variole.
- 2) Tout décès par varicelle.
- 3) Sujet hospitalisé pour varicelle.
- 4) Cas de varicelle grave ou atypique, y compris ceux qui présentent des lésions sur les paumes des mains et/ou les plantes des pieds.
- 5) Prélèvement d'un échantillon lors d'une poussée typique (deux cas ou plus) de varicelle, le prélèvement devant de préférence se faire sur les sujets non vaccinés.
- 6) Autres cas «d'éruption accompagnée de fièvre», où la variole ne peut être exclue pour des raisons cliniques ou épidémiologiques.
- 7) Cas suspect de monkeypox, de vaccine généralisée, de camelpox, de goatpox, etc. chez des humains.

En outre, pour la collecte des prélèvements, le personnel de terrain s'efforce de couvrir la plus vaste aire géographique possible plutôt que de recueillir un grand nombre d'échantillons dans une même zone. La priorité est donnée aux nomades et aux populations rurales.

Ces activités intensifiées de diagnostic en laboratoire se poursuivront jusqu'au moment où la Commission mondiale devrait, selon toute attente, certifier l'éradication de la variole, c'est-à-dire d'ici la fin de 1979.

INFLUENZA SURVEILLANCE

FEDERAL REPUBLIC OF GERMANY. — Lower Saxony, situated in the northern part of the country with a population of about seven million, has had an influenza surveillance programme since 1968 when the Hong Kong virus was first isolated.

SURVEILLANCE DE LA GRIPPE

RÉPUBLIQUE FÉDÉRALE D'ALLEMAGNE. — Dans la Basse-Saxe, région du nord du pays qui compte une population de quelque sept millions d'habitants, un programme de surveillance de la grippe est mis en œuvre depuis 1968, date où le virus de Hong Kong a été isolé pour la première fois.

Epidemiological Surveillance. — Data concerning outbreaks of acute respiratory illness are collected each week throughout the winter months from the 55 public health departments of the region. These departments receive information from schools and kindergartens and are also informed through medical practitioners about sporadic cases and outbreaks in the general population. Information on outbreaks in military camps is provided independently.

During the winter 1977-1978, the first outbreaks of influenza-like disease were reported in the beginning of February. Outbreaks occurred in schools and military camps in several parts of Lower Saxony. An increased incidence of influenza-like disease in the general population was observed two weeks later in 30 out of the 55 public health districts. Children and young adults were particularly involved but illness occurred also in other age groups. The clinical course of the disease was generally mild.

During the seventh and eighth weeks of 1978 weekly claims for sickness benefit in an industrial complex with factories in six towns reached a peak of more than 12%, compared with about 7% during the corresponding weeks of 1977. These data agree well with the increased incidence of respiratory illnesses in the general population.

Laboratory Surveillance. — Throughout the year some 1 300 throat swabs from patients with acute respiratory illness are investigated. The specimens are obtained from hospitals and general practitioners. In winter, specimens are also taken during outbreaks in military camps and in schools.

In 1978 influenza viruses began to appear in the first week of February with a peak in the second week. The weekly number of isolated virus strains is based on the date of collection of throat swabs. The winter of 1978 was of particular interest because of the circulation of the two influenza A sub-types H3N2 and H1N1. Both subtypes were found at the same time in the same town, in children of the same school and in soldiers of the same military camp. Of 47 patients with a laboratory-confirmed influenza A (H1N1) infection, 46 were younger than 25 years. The only patient older than 25 years was 29. All age groups were represented in those patients infected with influenza A (H3N2) virus.

Strains of virus A (H1N1) were antigenically close to A/USSR/77 and those of virus A (H3N2) close to A/Texas/1/77. Strains of virus B were also isolated in a few sporadic cases and, although most of them were close to B/Hong Kong/5/72 and B/Wellington/1/75, a new variant showing an antigenic drift, B/Hanover/13/78, was identified for the first time in Lower Saxony.

Clinical Severity and Mortality Statistics. — The disease was usually not severe, but in some patients with influenza due to A (H3N2), complications such as pneumonia and laryngitis were observed, and fatalities occurred.

The epidemiological impact of the disease can be measured by the monthly notification of deaths attributed to influenza, pneumonia and bronchitis.

As in all previous winters since 1971-1972, there was in 1977-1978 a slight excess mortality which coincided with the circulation of influenza A viruses in the population. Since the advent of the influenza subtype A/Hong Kong/1/68 (H3N2), a marked excess mortality was observed only in the winter 1969-1970. No excess mortality from respiratory diseases was recorded in the winter of 1970-1971.

(Based on/D'après: *Information from WHO National Influenza Centre, Staatliches Medizinaluntersuchungsamt, Hanover.*)

FEDERAL REPUBLIC OF GERMANY. —¹ In the week ending 4 March 1979, a decrease in the incidence of influenza-like illness was observed throughout the country. Localized outbreaks and sporadic cases affected all age groups, with the isolation of viruses B and A (H1N1), were reported during previous weeks.

INDIA (7 March 1979). — Sporadic cases of influenza-like illness have been reported in the region of Kasauli, northern India. Nine strains of influenza virus related to A/Texas/1/77 (H3N2) have been identified.

¹ See No. 9, p. 70.

Surveillance épidémiologique. — Des données sur les poussées d'affections respiratoires aiguës sont rassemblées toutes les semaines durant les mois d'hiver auprès de 55 services de la santé publique de la région. Ces services reçoivent des informations en provenance des écoles et des jardins d'enfants ainsi que des médecins praticiens sur les cas sporadiques et les poussées qui se produisent dans la population. Les informations sur les poussées dans les camps militaires sont fournies indépendamment.

Au cours de l'hiver 1977-1978, les premières poussées d'affections d'allure grippale ont été signalées début février. Des poussées se sont produites dans les écoles et les camps militaires de plusieurs parties de la Basse-Saxe. Une incidence accrue de maladies de type grippal dans la population a été constatée deux semaines plus tard dans 30 des 55 districts sanitaires. Les enfants et les jeunes adultes ont été particulièrement atteints, mais la maladie s'est déclarée également dans les autres groupes d'âge. Elle a été généralement bénigne.

Durant les septième et huitième semaines de 1978, les demandes hebdomadaires de prestations-maladie dans un grand complexe industriel possédant des usines dans six villes de Basse-Saxe ont atteint un maximum de plus de 12%, contre environ 7% durant les semaines correspondantes de 1977. On a noté une concordance entre ces données et l'incidence accrue des maladies respiratoires dans l'ensemble de la population.

Surveillance en laboratoire. — Environ 1 300 prélèvements de gorge effectués chez des malades atteints d'affections respiratoires aiguës sont examinés chaque année. Les prélèvements sont faits dans les hôpitaux et chez les médecins. Durant l'hiver, des prélèvements sont également opérés durant les épidémies qui se déclarent dans les camps militaires et les écoles.

En 1978, les virus de la grippe ont commencé à apparaître dans la première semaine de février, le point culminant étant atteint durant la deuxième semaine. Le nombre de souches isolées toutes les semaines est déterminé d'après la date des prélèvements de gorge. L'hiver 1978 a été particulièrement intéressant en raison du fait que les deux sous-types grippaux H3N2 et H1N1 se sont manifestés. La présence de ces deux sous-types a été constatée simultanément dans une même ville, et même chez des enfants d'une même école ou des soldats d'un même camp militaire. Sur 47 malades atteints d'une infection grippale du type A (H1N1) confirmée en laboratoire, 46 avaient moins de 25 ans, et le seul malade âgé de plus de 25 ans avait 29 ans. Au contraire, tous les groupes d'âge étaient représentés chez les malades atteints du virus grippal de type A (H3N2).

Les souches grippales A (H1N1) étaient proches au point de vue antigénique du virus A/URSS/77 et les souches A (H3N2) étaient proches du virus A/Texas/1/77. Des souches virales B ont également été isolées dans quelques cas sporadiques. Si la plupart d'entre elles étaient proches des virus B/Hong Kong/5/72 et B/Wellington/1/75, un nouveau variant présentant un glissement antigénique, B/Hanover/13/78, a été identifié pour la première fois en Basse-Saxe.

Gravité clinique et statistiques de mortalité. — En général, la maladie n'était pas grave, mais chez certains sujets atteints du virus A (H3N2) on a observé des complications telles que pneumonie et laryngite et il y a eu des cas mortels.

L'incidence épidémiologique de la maladie peut être mesurée par les notifications mensuelles de décès attribués à la grippe, à la pneumonie et à la bronchite.

Comme tous les hivers depuis 1971-1972, on a noté en 1977-1978 un léger excédent de mortalité qui a coïncidé avec la diffusion du virus grippal de type A dans la population. Depuis l'apparition du sous-type grippal A/Hong Kong/1/68 (H3N2), un excédent important de mortalité n'a été observé que durant l'hiver 1969-1970. Aucun excédent de mortalité due aux maladies respiratoires n'avait été constaté durant l'hiver 1970-1971.

RÉPUBLIQUE FÉDÉRALE D'ALLEMAGNE. —¹ Au 4 mars 1979, on observait une diminution de l'incidence des affections d'allure grippale dans l'ensemble du pays, où des poussées localisées et des cas sporadiques affectant tous les groupes d'âge avaient été signalés les semaines précédentes, avec isolement des virus B et A (H1N1).

INDE (7 mars 1979). — Des cas sporadiques d'affections d'allure grippale ont été signalés dans la région de Kasauli (nord de l'Inde). On a identifié neuf souches de virus grippal apparentées à A/Texas/1/77 (H3N2).

¹ Voir N° 9, p. 70.

DIARRHOEAL DISEASE SURVEILLANCE

Rotavirus Gastroenteritis

MALAYSIA. — Since November 1978 there has been a steady increase in the number of acute gastroenteritis cases seen at the University Hospital, Kuala Lumpur. The causative agent in most of these cases was rotavirus as detected by electron microscopy. All the patients diagnosed to date are below three years of age. In the past four years, it has been noted that rotavirus activities were maximal in December and January and this happened to coincide with the cooler months of the year.

SURVEILLANCE DES MALADIES DIARRHÉIQUES

Gastro-entérite à rotavirus

MALAISIE. — Depuis novembre 1978, on a constaté une augmentation régulière du nombre des cas de gastro-entérite aiguë vus à l'Hôpital universitaire de Kuala Lumpur. Dans la plupart des cas l'agent étiologique était le rotavirus, détecté à la microscopie électronique. Tous les malades diagnostiqués à ce jour avaient moins de trois ans. Au cours des quatre dernières années, on a observé que l'activité du rotavirus atteignait son maximum en décembre et en janvier, mois qui se trouvent être les plus frais de l'année.

WHOOPIING COUGH SURVEILLANCE

UNITED KINGDOM. — In Scotland, in 1976, less than 400 cases of whooping cough were reported. Notifications of cases increased sharply in December 1977 and remained high throughout 1978 with an annual total of 3 557. It is necessary to go back to 1967 to have a comparable figure to that for 1978.

Of the 212 laboratory-confirmed cases reported to the Communicable Diseases (Scotland) Unit, 101, or nearly 50%, were in children under one year of age. A further 85 (40%) were aged one to four years.

SURVEILLANCE DE LA COQUELUCHE

ROYAUME-UNI. — En Ecosse, moins de 400 cas de coqueluche avaient été notifiés en 1976. Le nombre des notifications a augmenté brusquement en décembre 1977 et il est resté élevé pendant toute l'année 1978, le total annuel ayant été de 3 557. Le niveau de 1978 n'avait pas été atteint depuis 1967, année où le nombre des cas notifiés avait été du même ordre de grandeur qu'en 1978.

Sur les 212 cas confirmés par le laboratoire qui ont été signalés à la *Communicable Diseases (Scotland) Unit*, 101, soit près de 50%, se sont produits chez des enfants de moins d'un an. Quatre-vingt-cinq autres, soit 40%, étaient âgés de un à quatre ans.

(Based on/D'après: *Communicable Diseases Scotland*, 78/52).

SURVEILLANCE OF GONOCOCCAL INFECTIONS

UNITED REPUBLIC OF CAMEROON. — In 1978 at the Maternity Hospital of Yaoundé a study covering 296 healthy mothers gave important information relating to the prevention of gonococcal infection in mothers and newborn children.

Strains of gonococci were isolated from 40 mothers (14%) but only 12 children (4%) were carriers of gonococci in the eyes at birth. Direct examination and cultures were negative for the remaining 28 children. Seven of the 12 children developed conjunctivitis three days after birth. Instillation of silver nitrate which it was decided to introduce at this stage in the study probably prevented the occurrence of conjunctivitis in four others. One child was not brought for follow-up three days after birth.

The systematic instillation of silver nitrate at birth is the recommended form of prophylaxis. When gonococci have been isolated from a mother, a suitable course of treatment of penicillin or other antibiotics is recommended in order to avoid other complications caused by this organism, e.g., sterility.

SURVEILLANCE DES GONOCOQUES

RÉPUBLIQUE-UNIE DU CAMEROUN. — En 1978, une étude qui a intéressé une population « normale » de 296 mères à la maternité de Yaoundé a donné des indications importantes sur la prévalence des infections gonococciques chez les mères et chez les nouveau-nés.

Des souches de gonocoque ont été isolées chez 40 mères, soit dans 14% des cas, mais seulement 12 enfants, soit 4% des nouveau-nés étaient porteurs de gonocoque dans les yeux à la naissance; les examens directs et les cultures ont été négatifs pour les 28 autres. Sept des 12 enfants ont présenté une conjonctivite trois jours après leur naissance. L'instillation de nitrate d'argent, décidée à ce moment de l'enquête, a probablement évité l'apparition de la conjonctivite chez quatre autres. Un enfant n'a pas été présenté pour contrôle trois jours après l'accouchement.

Il est recommandé d'instiller systématiquement du nitrate d'argent à titre prophylactique chez tous les nouveau-nés. Lorsque le gonocoque est isolé chez une mère, il convient de lui administrer un traitement efficace par la pénicilline ou d'autres antibiotiques en vue d'éviter d'autres complications dues à ce germe, par exemple la stérilité.

(Based on/D'après: *Bulletin épidémiologique mensuel de l'OCEAC*, No. 6, December/décembre 1978.)

EDITORIAL NOTE: Gonococcal infections in the newborn can be an important cause of blindness. This can be easily prevented by the systematic instillation of silver nitrate into the conjunctival sac of newborns. An alternative equally effective method is the systematic instillation of antibiotic ophthalmic preparations, such as tetracyclines and erythromycin.

NOTE DE LA RÉDACTION: Les infections gonococciques du nouveau-né peuvent être une importante cause de cécité qu'il est facile de prévenir par une instillation systématique de nitrate d'argent dans le sac conjonctival du nouveau-né. Une alternative efficace consiste à instiller systématiquement des préparations ophtalmiques d'antibiotiques (tétracyclines, érythromycine).

PORTS DESIGNATED IN APPLICATION OF THE INTERNATIONAL HEALTH REGULATIONS

Amendments to 1974 publication

Chile — Chili

Delete all information regarding Chile and insert — Supprimer tous les renseignements concernant le Chili et insérer:

Arica		X
Punta Arenas	X	X
Talcahuano	X	X
Valparaiso	X	X

PORTS NOTIFIÉS EN APPLICATION DU RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL

Amendements à la publication de 1974

	D	EX

YELLOW-FEVER VACCINATING CENTRES FOR INTERNATIONAL TRAVEL

Amendment to 1976 publication

Austria

Delete:

Wien: Bundesstaatliche Impfstoffgewinnungsanstalt

CENTRES DE VACCINATION CONTRE LA FIÈVRE JAUNE POUR LES VOYAGES INTERNATIONAUX

Amendment à la publication de 1976

Autriche

Supprimer:

VACCINATION CERTIFICATE REQUIREMENTS FOR INTERNATIONAL TRAVEL

Amendment to 1978 publication

Senegal — Sénégal

Delete — Supprimer:
Cholera Choléra: © *

CERTIFICATS DE VACCINATION EXIGÉS DANS LES VOYAGES INTERNATIONAUX

Amendement à la publication de 1978

REWARD US\$ 1000 RÉCOMPENSE

A reward has been established by the Director-General of WHO for the first person who, in the period preceding final certification of global eradication, reports an active case of smallpox resulting from person-to-person transmission and confirmed by laboratory tests.

(Resolution WHA31.54, World Health Assembly, 1978)

Le Directeur général de l'OMS a institué une récompense à attribuer à la première personne qui, au cours de la période précédant la certification définitive de l'éradication mondiale, signifierait un cas actif de variole résultant de la transmission d'un être humain à l'autre et confirmé par des essais de laboratoire.

(Résolution WHA31.54, Assemblée mondiale de la Santé, 1978)

WORLDWIDE FREEDOM FROM ENDEMIC SMALLPOX

72 weeks/semaines

MONDE ENTIER EXEMPT DE VARIOLE ENDÉMIQUE

DISEASES SUBJECT TO THE REGULATIONS — MALADIES SOUMISES AU RÉGLEMENT
Notifications Received from 9 to 15 March 1979 — Notifications reçues du 9 au 15 mars 1979

C Cases — Cas
 D Deaths — Décès
 P Port
 A Airport — Aéroport
 .. Figures not yet received — Chiffres non encore disponibles
 i Imported cases — Cas importés
 r Revised figures — Chiffres révisés
 s Suspect cases — Cas suspects

PLAGUE — PESTE		MOZAMBIQUE		INDONESIA — INDONÉSIE	
Africa — Afrique				11-17.II	
KENYA	C D 4-10.III		24.I-4.III		232 10
Central Province			{ 30 1	JAPAN — JAPON	8-11.III
Kiambu District . . .	11s 0		139s 10		2i 0
Asia — Asie		NIGERIA — NIGÉRIA	31.XII-20.I	MALAYSIA — MALAISIE	4-10.II
BURMA — BIRMANIE	C D 25.II-3.III		20 5		52 2
Mandalay Division		TANZANIA, UNITED REP. OF	18-24.II	THAILAND — THAÏLANDE	25.II-3.III
Kyaukse D.: Kyaukse.	5 0	TANZANIE, RÉP.-UNIE DE			37 0
CHOLERA ¹ — CHOLÉRA ¹			91 12	¹ The total number of cases and deaths reported in each country occurred in infected areas already published or in newly infected areas (see below) / Tot. les cas et décès notifiés pour chaque pays se sont produits dans des zones infectées déjà signalées ou dans des zones nouvellement infectées (voir ci-dessous).	
Africa — Afrique			11-17.II	YELLOW FEVER — FIÈVRE JAUNE	
KENYA	C D 4-10.III		112 10	America — Amérique	
	29 0	INDIA — INDE	4-10.II	TRINIDAD AND TOBAGO	C D 5.III
			166 22	TRINITE-ET-TOBAGO	
		Asia — Asie		Trinidad Island . . .	3s .
			C D		
			28.I-3.II		
			19 1		

Newly Infected Areas as on 15 March 1979 — Zones nouvellement infectées au 15 mars 1979

For criteria used in compiling this list, see No. 34, 1978, page 259 — Les critères appliqués pour la compilation de cette liste sont publiés dans le N° 34, 1978, à la page 259.

The complete list of infected areas was last published in WER No. 8, page 63. 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° 8, page 63. 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.

CHOLERA — CHOLÉRA	Mutarara District	Asia — Asie	MALAYSIA — MALAISIE
Africa — Afrique	Tete District	INDIA — INDE	Subah
KENYA	Zambézia Province	Andhra Pradesh State	Labuk/Sugat District
Coast Province	Quelimane District	Kurnool District	West Malaysia
Taita-Taveta District	TANZANIA, UNITED REP. OF	Gujarat State	Kedah State
MOZAMBIQUE	TANZANIE, RÉP.-UNIE DE	Broach District	Kota Star Health District
Tete Province	Kilimanjaro Region		Kuala Muda Health District
Chuta District	Kilimanjaro District		
	Moshi District		

Areas Removed from the Infected Area List between 9 and 15 March 1979

Zones supprimées de la liste des zones infectées entre les 9 et 15 mars 1979

For criteria used in compiling this list, see No. 34, 1978, page 259 — Les critères appliqués pour la compilation de cette liste sont publiés dans le N° 34, 1978, à la page 259.

PLAGUE — PESTE	CHOLERA — CHOLÉRA	INDIA — INDE
Africa — Afrique	Africa — Afrique	Orissa State
KENYA	BURUNDI	Balasure District
Eastern Province	Bujumbura Province	Cuttack District
Kitui District	Mutumba	YEMEN — YÉMEN
	Rwibaga	Hodeida
America — Amérique	RWANDA	Taiz, Cap.
PERU — PÉROU	Gisyeni Secteur	
Piura Department	Mibizi Secteur	
Huancabamba Province		
Sondorillo District		