



32^a ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

Punto 2.3 del orden del día provisional

PROYECTO DE PRESUPUESTO POR PROGRAMAS PARA EL EJERCICIO FINANCIERO 1980-1981
PROGRAMA DE ERRADICACION DE LA VIRUELA

Informe del Director General

Se espera que en diciembre de 1979 la Comisión Mundial para la Certificación de la Erradicación de la Viruela confirme la erradicación mundial de esta enfermedad. Las observaciones de la Comisión Mundial serán presentadas pues a la 33^a Asamblea Mundial de la Salud (1980) para su examen. En su primera reunión de diciembre de 1978, la Comisión Mundial formuló recomendaciones sobre los procedimientos que han de conducir a la certificación mundial. También recomendó que después de la certificación la Organización adopte medidas para mantener la confianza de los Estados Miembros en que la viruela ha sido erradicada permanentemente.

Se exponen a continuación las medidas aplicadas en ejecución de esas recomendaciones, que el Consejo Ejecutivo hizo suyas en su resolución EB63.R5.

El párrafo 13 contiene un proyecto de resolución para su examen por la Asamblea de la Salud.

1. Las actividades actuales sobre certificación de la erradicación de la viruela se resumen en el parte epidemiológico semanal publicado el 4 de mayo de 1979 (adjunto).¹

Dieciocho meses de exención de la viruela endémica

2. Desde hace 18 meses el mundo está exento de viruela endémica, cuyo último caso se produjo en Somalia en octubre de 1977.

3. Las intensas actividades de vigilancia desplegadas en todo el mundo no han permitido localizar ningún caso durante este periodo, aparte del incidente ocurrido en un laboratorio del Reino Unido en 1978, que fue rápidamente contenido por las autoridades de salud. La Comisión Mundial para la Certificación de la Erradicación de la Viruela, que celebró su primera reunión en diciembre de 1978, llegó a la conclusión de que ese brote no afectaría al programa previsto para la certificación de la erradicación mundial de la viruela.

Laboratorios que mantienen reservas de virus variólico

4. El número de laboratorios que mantienen virus variólico se redujo de 76 en 1976 a 14 en junio de 1978, y a 8 en abril de 1979. En abril de 1979, la OMS convocó una reunión en Ginebra de responsables de los laboratorios que mantienen virus variólico y autoridades nacionales de vigilancia, con miras a reforzar la seguridad. Todos los laboratorios participantes declararon que las reservas de virus se mantienen en condiciones estrictas de seguridad y que sólo se manipularán en un laboratorio que ofrezca las máximas garantías.

¹ Weekly Epidemiological Record - Relevé épidémiologique hebdomadaire, 54: N° 18 (1979).
(Nota: Por un error técnico, las fronteras de Lesotho y Swazilandia no fueron reproducidas en la Figura 1.)

Certificación de la erradicación mundial de la viruela hacia fines de 1979

5. En su reunión de diciembre de 1978, la Comisión Mundial identificó 79 de 200 países y zonas del mundo que requerían procedimientos especiales de certificación, habida cuenta de la pasada endemicidad de viruela, el riesgo único de importación que puede establecer la endemicidad, o la limitación de los datos de que se disponía para evaluar la eficacia de la vigilancia de la viruela. Los restantes 121 países y zonas fueron invitados a presentar una declaración de erradicación de la viruela. Hacia fines de abril de 1979, de los 79 países y zonas que requerían procedimientos especiales, 70 habían conseguido la certificación y los 9 restantes se espera que la consigan a fines de 1979. De los 125 países y zonas a los que se invitó a presentar una declaración de erradicación, 76 lo han hecho ya.

Recomendaciones de la Comisión Mundial aprobadas por el Consejo Ejecutivo en su 63^a reunión

6. Las recomendaciones formuladas por la Comisión Mundial en su primera reunión, celebrada en Ginebra en diciembre de 1978, fueron aprobadas por el Consejo Ejecutivo en su 63^a reunión, de enero de 1979, y se adjuntaron como anexo de la resolución EB63.R5.¹ Entre las recomendaciones figuran varias medidas para garantizar la erradicación permanente de la viruela, a saber, el establecimiento por la OMS de una reserva de vacuna para casos de urgencia, el fomento de las investigaciones sobre los ortopoxvirus para acabar de confirmar que no existen reservorios animales de viruela, el mantenimiento de laboratorios de diagnóstico para examinar muestras tomadas en el terreno, y una vigilancia constante, en la que la OMS coordinará y facilitará las investigaciones en los países donde circulen rumores de viruela. Los laboratorios que mantengan reservas de virus variólico deberán ser visitados regularmente por un grupo de inspección de la OMS para asegurar el mantenimiento de los procedimientos de seguridad.

Política de vacunación

7. Se prevé que cuando se haya certificado la erradicación global podrá suprimirse la vacunación antivariólica sistemática en todos los países. El 15 de abril de 1979, la vacunación antivariólica sistemática había dejado de ser obligatoria en 46 países, y en 145 países ya no se exigían certificados de vacunación a los viajeros.

Donativos para actividades de erradicación

8. Los donativos en metálico recibidos o prometidos hasta el momento deben bastar para mantener las actividades durante 1980 y 1981. Sin embargo, siguen haciendo falta donativos de vacuna antivariólica liofilizada para establecer la reserva de vacuna de la OMS.

Documentos

9. Las necesidades mínimas de documentos del programa de erradicación de la viruela se espera que sirvan de prueba en apoyo de la certificación mundial y de material de archivo de interés histórico.

10. Se prevé que en el informe final de la Comisión Mundial se resuman sus observaciones, sus razones para confirmar la erradicación y sus recomendaciones a la OMS encaminadas a asegurar que la viruela haya sido erradicada definitivamente. El informe se basará en los informes nacionales sobre campañas de erradicación de la viruela, los informes anteriores de las Comisiones Internacionales y las declaraciones de exención de la viruela.

11. Se piensa iniciar en 1980 la preparación de una monografía sobre la viruela.

12. Se reunirá, para su conservación permanente, material de archivo de interés histórico, que consistirá en informes sobre proyectos, documentos de interés publicados e inéditos, y correspondencia.

¹ Consejo Ejecutivo, 63^a reunión: Resoluciones y decisiones (documento EB63/48), págs. 7-10.

Proyecto de resolución

13. Quizá la Asamblea de la Salud estime oportuno adoptar una resolución redactada en los siguientes o parecidos términos:

La 32^a Asamblea Mundial de la Salud,

Visto el informe del Director General sobre el programa de erradicación de la viruela;

Subrayando que la erradicación mundial de la viruela se ha conseguido gracias a la firme voluntad de todas las naciones que han participado en este programa,

1. HACE SUYA la resolución EB63.R5, incluidas las recomendaciones de la Comisión Mundial para la Certificación de la Erradicación de la Viruela contenidas en el anexo a dicha resolución;¹

2. PIDE al Director General:

1) que considere la mejor manera de dar pleno reconocimiento, durante la 32^a Asamblea Mundial de la Salud, al logro de la erradicación mundial de la viruela, incluido un examen de las lecciones que se han desprendido de ese programa;

2) que presente a la Asamblea de la Salud un plan para la aplicación de medidas encaminadas a asegurar la permanencia de la erradicación de la viruela a partir de la fecha de su certificación.

¹ Consejo Ejecutivo, 63^a reunión: Resoluciones y decisiones (documento EB63/48), págs. 7-10.



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

4 MAY 1979

54th YEAR — 54^e ANNÉE

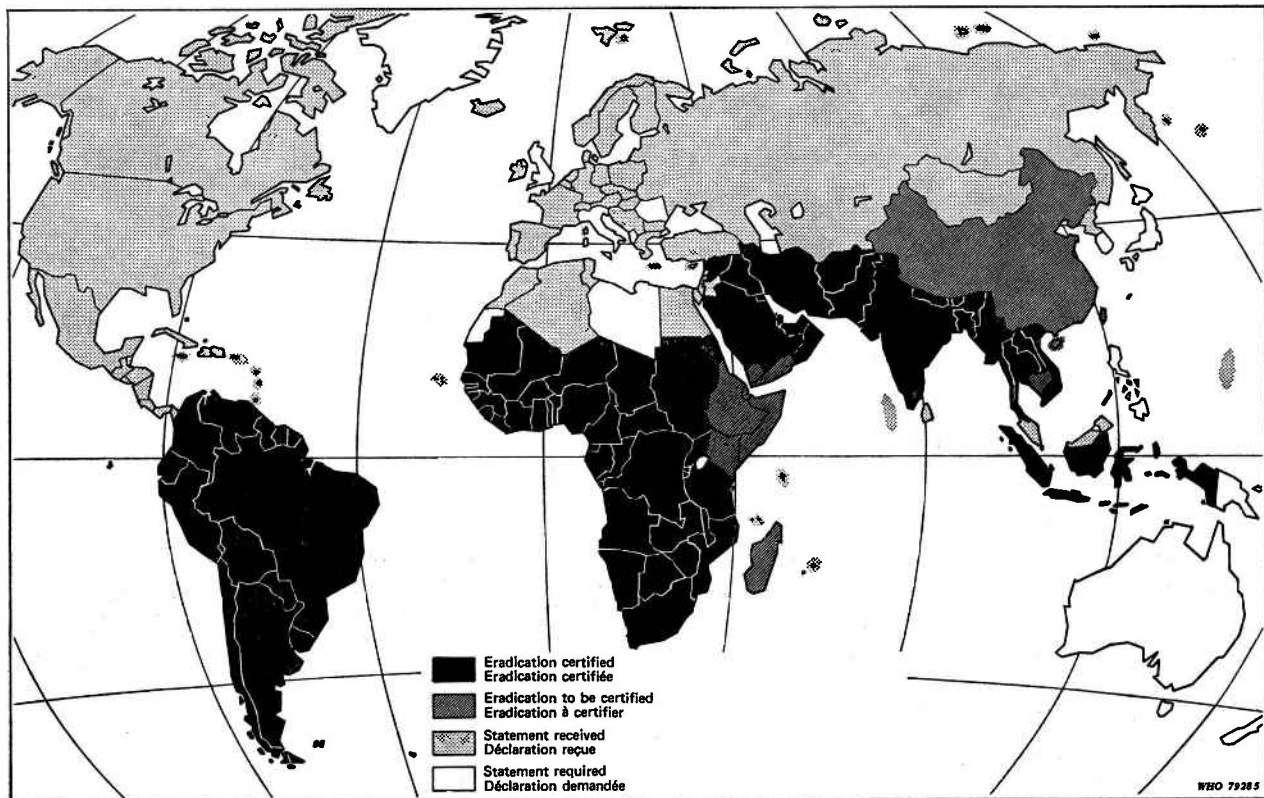
4 MAI 1979

SMALLPOX SURVEILLANCE

SURVEILLANCE DE LA VARIOLE

FIG. 1

GLOBAL CERTIFICATION OF SMALLPOX ERADICATION BY THE END OF 1979
LA CERTIFICATION MONDIALE DE L'ÉRADICATION DE LA VARIOLE D'ICI LA FIN DE 1979



The world has now experienced 18 months of freedom from endemic smallpox. The last known case of smallpox occurred in Somalia in October 1977.

Continuing surveillance in the Horn of Africa and elsewhere in the world has detected no further cases except for a laboratory-associated outbreak in August 1978 in the United Kingdom which was quickly contained; only two cases occurred.

Il y a maintenant 18 mois que le monde est exempt de variole endémique. Le dernier cas connu de variole s'est produit en Somalie, en octobre 1977.

Le maintien des opérations de surveillance dans la Corne de l'Afrique et ailleurs dans le monde n'a permis de déceler aucun autre cas à l'exception d'une poussée survenue en août 1978 au Royaume-Uni, en association avec un laboratoire. Deux cas seulement ont été dénombrés à l'occasion de cette poussée rapidement jugulée.

Epidemiological notes contained in this number:

Aseptic Meningitis Surveillance, Influenza Surveillance, Smallpox Surveillance.

List of Newly Infected Areas, p. 144.

Informations épidémiologiques contenues dans ce numéro:

Surveillance de la grippe, surveillance de la variole, surveillance des méningites aseptiques.

Liste des zones nouvellement infectées, p. 144.

Certification of Smallpox Eradication

In December 1978, the Global Commission for the Certification of Smallpox Eradication (Global Commission) identified 200 countries and areas for certification (Fig. 1). These were divided into 79 requiring special procedures and 121 for which only a formal declaration of their smallpox-free status was requested.

Of 79 countries and areas identified as requiring special procedures for certification, 64 had been certified as smallpox-free by the Global Commission by the end of 1978 and six were certified from January to April 1979 by International Commissions: Angola, Botswana, Iraq, Lesotho, South Africa and Swaziland.

Remaining to be certified by International Commissions and the dates for their assessment are:

Democratic Yemen	} June 1979
Yemen	
Djibouti	} October 1979
Ethiopia	
Kenya	
Somalia	

The Global Commission has requested further data from China, Democratic Kampuchea and Madagascar to complete certification procedures.

Of the 121 countries and areas not requiring formal assessment but requested to submit a formal declaration of their smallpox-free status, 76 had replied as of 15 April.

Special Surveillance in the Horn of Africa

Intensive surveillance has continued in Djibouti, Ethiopia, Kenya and Somalia during the past 18 months. These countries form the last epidemiological unit to be visited by Commissions before certification of global eradication of smallpox (Fig. 2).

Surveillance teams are repeatedly visiting villages, nomadic groups, watering points, schools and markets. In November 1978, four Global Commission members visited Djibouti, Kenya and Somalia for review of the situation. In February and March 1979 the Ethiopian and Kenyan programmes exchanged assessment teams for objective evaluation of their respective search activities. In April 1979 seven commission members visited Ethiopia for a preliminary assessment.

Certification de l'Éradication de la Variole

En décembre 1978, la Commission mondiale pour la Certification de l'Éradication de la Variole (Commission mondiale) a retenu 200 pays et zones pour la certification de l'éradication (Fig. 1). Elle a estimé que 79 d'entre eux étaient justiciables de procédures spéciales, les 121 autres ayant été priés de produire une simple déclaration officielle attestant qu'ils sont exempts de variole.

Sur les 79 pays et zones désignés comme justiciables de procédures spéciales de certification, 64 avaient été déclarés exempts de variole par la Commission mondiale à la fin de 1978, et six ont été certifiés exempts de variole par des commissions internationales entre janvier et avril 1979. Ce sont l'Afrique du Sud, l'Angola, le Botswana, l'Iraq, le Lesotho et le Swaziland.

Les pays où l'éradication doit encore être certifiée par des commissions internationales et les dates prévues pour les évaluations sont:

Yémen	} juin 1979
Yémen démocratique	
Djibouti	} octobre 1979
Ethiopie	
Kenya	
Somalie	

La Commission mondiale a en outre demandé des compléments d'information à la Chine, au Kampuchéa démocratique et à Madagascar pour mener à bien les procédures de certification.

Pour les 121 pays et zones ne nécessitant pas d'évaluation officielle mais invités à attester qu'ils sont exempts de variole, 76 avaient répondu au 15 avril.

Surveillance spéciale dans la Corne de l'Afrique

Des opérations intensives de surveillance ont été maintenues à Djibouti, en Ethiopie, au Kenya et en Somalie au cours des 18 derniers mois. Ces pays représentent la dernière unité épidémiologique qui fera l'objet d'investigations de commissions internationales avant la certification de l'éradication mondiale de la variole (Fig. 2).

Des équipes de surveillance visitent régulièrement les villages, les populations nomades, les points d'eau, les écoles et les marchés. En novembre 1978, quatre membres de la Commission mondiale se sont rendus à Djibouti, au Kenya et en Somalie pour faire le point de la situation. En février et mars 1979, les autorités éthiopiennes et kenyannes ont procédé à l'échange de leurs équipes d'évaluation qui ont été chargées de procéder à une analyse objective de leurs activités respectives de dépistage. En avril 1979, sept membres de la Commission se sont rendus en Ethiopie pour une évaluation préliminaire.

TABLE 1. SPECIMENS COLLECTED IN THE HORN OF AFRICA AND TESTED FOR VARIOLA VIRUS, 1977-1979
TABLEAU 1. ÉCHANTILLONS RÉCOLTÉS DANS LA CORNE DE L'AFRIQUE ET SOUMIS A DES ÉPREUVES DE RECHERCHE DU VIRUS DE LA VARIOLE, 1977-1978

Country — Pays	Population In/en millions	Number of Specimens Collected Nombre d'échantillons récoltés		
		1977	1978	1979 (15 April — avril)
Djibouti	0.5	17	69	37
Ethiopia — Ethiopie	30	565	1 004	941
Kenya	16	147 (4)	113	475
Somalia — Somalie	4	864 (265)	1 691	803
Total	50.5	1 593 (269)	2 877	2 256

() Number of specimens positive for variola virus — Les chiffres entre parenthèses correspondent aux nombres d'échantillons positifs.

Laboratories Retaining Variola Virus

The well-recognized potential danger of laboratory stocks of variola virus causing the recurrence of smallpox was emphasized by laboratory-associated outbreaks in 1973 and 1978.

Since 1976, WHO has initiated measures to reduce the number of laboratories retaining variola virus and to recommend appropriate safety measures to be applied in such laboratories. Consequently the number of laboratories retaining variola virus has been progressively reduced: 76 laboratories in 1976, 14 in June 1978 and 8 in April 1979 (Table 2).

Laboratoires conservant du virus variolique

Le risque d'une recrudescence qui serait due à un virus conservé dans un laboratoire a été particulièrement bien mis en évidence par les poussées associées à des laboratoires survenues en 1973 et 1978.

Depuis 1976, l'OMS a pris des mesures en vue de limiter le nombre des laboratoires conservant encore du virus variolique et de recommander pour ces laboratoires des mesures de sécurité appropriées. Le nombre des laboratoires conservant des stocks de virus variolique a en conséquence été progressivement réduit: ils étaient 76 en 1976, 14 en juin 1978 et 8 seulement en avril 1979 (Tableau 2).

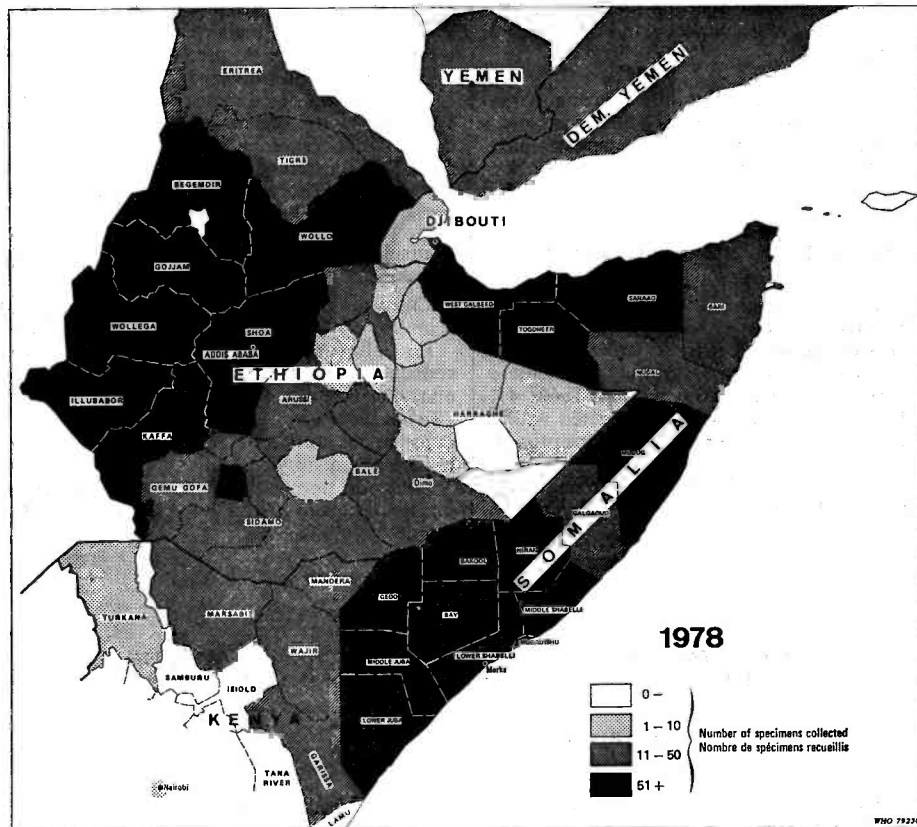
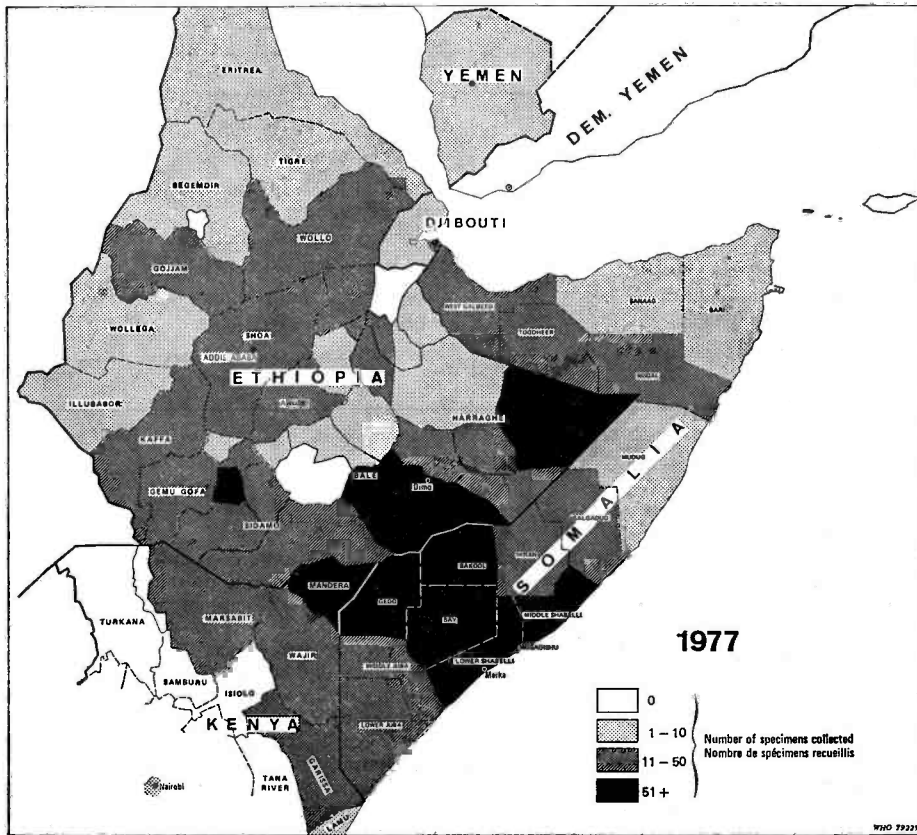


Fig. 2. — HORN OF AFRICA: Laboratory confirmation of smallpox suspects has received special emphasis, as mild smallpox previously prevalent in many of these areas could be misdiagnosed as chickenpox. The large number of specimens collected in these countries since the end of 1977, all with negative results for smallpox, increases confidence that smallpox transmission has been interrupted in these countries (Table 1).

Fig. 2. — CORNE D'AFRIQUE: Une attention toute particulière a été accordée à la confirmation des cas suspects au laboratoire, car des cas de variole bénigne, laquelle sévissait autrefois dans beaucoup de ces régions, pourraient être diagnostiqués à tort comme des cas de varicelle. Le nombre élevé des échantillons qui ont été recueillis dans ces pays depuis la fin de 1977 et qui se sont tous révélés négatifs donne à penser que la transmission de la variole a bien été interrompue dans cette partie du monde (Tableau 1).

TABLE 2. LABORATORIES RETAINING VARIOLA VIRUS (15 APRIL 1979)
TABLEAU 2. LABORATOIRES CONSERVANT DU VIRUS VARIOLIQUE (15 AVRIL 1979)

Laboratory — Laboratoire	City, Country — Ville, pays
1. Center for Disease Control *	Atlanta, Georgia, USA — Géorgie, Etats-Unis d'Amérique
2. Institute for the Control of Drugs and Biological Products	Peking, China — Chine
3. Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten	Hamburg, Federal Republic of Germany — Rép. féd. d'Allemagne
4. National Institute of Virology	Sandringham, South Africa — Afrique du Sud
5. Research Institute of Virus Preparations *	Moscow, USSR — URSS
6. Rijks Instituut voor de Volksgezondheid *	Bilthoven, Netherlands — Pays-Bas
7. St Mary's Hospital Medical School *	London, United Kingdom — Royaume-Uni
8. United States Army Medical Research Institute for Infectious Diseases	Frederick, Maryland, USA — Etats-Unis d'Amérique

* WHO Collaborating Centres — Centres collaborateurs de l'OMS.

National, local and laboratory officials have the authority and responsibility for safety measures in laboratories which retain variola virus. WHO does not have powers to enforce its recommendations in laboratories or countries concerned. However, this rapid decline reflects the cooperation of laboratories to reduce the number of centres holding variola virus.

On 27-28 February 1979, an ad hoc meeting was held in Geneva to review the justification for retention of variola virus for research in the post-eradication era. Six eminent scientists were charged with the responsibility of reporting their considerations to the Global Commission. They concluded that retention of stocks of variola virus for a period of up to three years from the time of the meeting could be justified on scientific grounds but that the situation should be reviewed at regular intervals, the first such review to be conducted not later than February 1982.

A meeting of directors of laboratories retaining variola virus and officials from national control authorities concerned was convened by WHO on 23-24 April 1979 to discuss and prepare future plans for minimizing the risk of retaining variola virus stocks.

Continuing Surveillance Activities in Areas Considered to be Smallpox-Free

From January 1978 to April 1979, 63 smallpox rumours were reported to WHO from 29 different countries (Table 3).

WHO, in collaboration with the Member States concerned, has coordinated the investigation of all of these rumours to increase confidence in the smallpox-free status of the world (Table 4). Approximately two-thirds of the rumours were investigated within ten days of reporting, and 91% were investigated within one month.

Sufficient information has not been received to close 15 rumours: eight in Asia, three in Africa, and four elsewhere.

Les instances nationales et locales et les laboratoires ont le pouvoir et la responsabilité de faire appliquer des mesures de sécurité dans les laboratoires qui conservent du virus variolique. L'OMS n'est pas habilitée à imposer ses recommandations aux laboratoires ou aux pays concernés. Néanmoins, cette diminution rapide du nombre des laboratoires qui détiennent des virus varioliques témoigne de la volonté de coopération dont ont fait preuve les centres en cause.

Les 27 et 28 février 1979 s'est tenue à Genève une réunion spéciale chargée de décider si la conservation de virus varioliques se justifiera pour des recherches au cours de la période de post-eradication. Six éminents spécialistes ont été chargés de communiquer leurs conclusions à la Commission mondiale. Ils ont conclu que la conservation de stocks de virus varioliques pendant une période de trois ans au maximum après la date de la réunion pouvait se justifier sur le plan scientifique mais que la situation devrait être réexaminée à intervalles réguliers, le premier de ces réexamens devant avoir lieu en février 1982 au plus tard.

Une réunion des directeurs des laboratoires conservant du virus variolique ainsi que de représentants des autorités nationales de contrôle concernées a été convoquée par l'OMS les 23 et 24 avril 1979 afin d'examiner et de préparer les mesures qui devront être prises pour réduire les risques liés à la conservation de stocks de virus varioliques.

Poursuite des activités de surveillance dans les zones jugées exemptes de variole

Entre janvier 1978 et avril 1979, 63 rumeurs de variole ont été signalées à l'OMS par 29 pays (Tableau 3).

En collaboration avec les Etats Membres concernés, l'OMS a coordonné les investigations consacrées à chacune de ces rumeurs afin d'accumuler davantage de preuves encore de l'éradication (Tableau 4). Les deux tiers environ des rumeurs ont été analysées dans les dix jours écoulés depuis la notification du cas et 91% dans le mois qui a suivi.

Faute de données suffisantes, il n'a pas été possible de mettre fin à 15 rumeurs: huit en Asie, trois en Afrique et quatre dans d'autres régions.

TABLE 3. SMALLPOX RUMOURS RECEIVED, JANUARY 1978-APRIL 1979
TABLEAU 3. RUMEURS DE VARIOLE, JANVIER 1978-AVRIL 1979

WHO Region — Région de l'OMS	Number of Rumours Nombre de rumeurs
Americas — Amériques	8
Africa — Afrique	11
Eastern Mediterranean — Méditerranée orientale	5
Europe	6
South East Asia — Asie du Sud-Est	28
Western Pacific — Pacifique occidental.	5
Total	63

TABLE 4. RESULTS OF THE INVESTIGATION OF SMALLPOX RUMOURS, JANUARY 1978-APRIL 1979
 TABLEAU 4. RÉSULTATS DES ENQUÊTES CONSACRÉES AUX RUMEURS DE VARIOLE, JANVIER 1978-AVRIL 1979

Diagnosis — Diagnostic	Number of Rumours Nombre de rumeurs
Smallpox — Variole	2*
Human monkeypox — Monkeypox humain	1**
Chickenpox/measles — Varicelle/rougeole	25
Previous smallpox — Variole contractée à une date antérieure	2
Other skin diseases — Autres maladies cutanées	9
False report or error — Rapport erroné ou erreur	9
Total	48

* Laboratory-associated cases in the United Kingdom — Cas survenus au Royaume-Uni en association avec un laboratoire.
 ** Reported from Benin — Notifié au Bénin.

Testing of specimens from patients with suspected smallpox is part of the certification procedure. This service is offered to all countries that have suspected cases. From January 1978 to 5 April 1979, 6 831 specimens from 37 countries were submitted for testing to WHO Collaborating Centres; none of these specimens contained variola virus.

WHO plans to continue assisting countries in investigating reports of suspected cases of smallpox after certification of smallpox eradication. Selected WHO collaborating centres will support these activities with laboratory examination of specimens.

Les épreuves d'échantillons provenant de cas suspects de variole font partie de la procédure de certification. Ce service est offert à tous les pays ayant des cas suspects. De janvier 1978 au 5 avril 1979, 6 831 échantillons provenant de 37 pays ont été soumis aux Centres collaborateurs de l'OMS aux fins d'épreuve; aucun ne contenait de virus variolique.

L'OMS envisage de continuer à fournir une aide aux pays pour l'étude des rapports faisant état de cas suspects de variole après la certification de l'éradication. Des centres collaborateurs OMS sélectionnés à cette fin contribueront à ces activités en assurant l'examen d'échantillons au laboratoire.

While confidence that smallpox eradication has been achieved is rapidly increasing, WHO has at the same time initiated an intensive information campaign to let the world community know of the apparent global freedom from smallpox and to encourage reporting of any suspected smallpox cases. Since 1978, a reward of US\$1 000 has been offered by WHO to the first person reporting an active case of smallpox resulting from human-to-human transmission.

A mesure que s'accumulent les présomptions en faveur de l'éradication de la variole, l'OMS a lancé une campagne intensive d'information pour annoncer l'interruption apparente de la transmission dans le monde et encourager la notification de tout cas suspect de variole. Depuis 1978, une récompense de US\$1 000 est proposée à quiconque signalera un cas actif de variole résultant de la transmission d'un individu à un autre individu.



Human Monkeypox and Research on Orthopoxviruses

Forty human monkeypox cases have been reported from West and Central Africa since 1970. Of these, 31 cases were reported from Zaïre. The disease is not a public health problem, however, the clinical picture resembles smallpox and continued study is warranted. Active surveillance for human monkeypox continues in Zaïre. A WHO/Zaïre joint research project, assisted by the Center for Disease Control, Atlanta, USA, starts in mid-1979 to study the ecology of monkeypox virus in Equateur Region. This project will also prepare a plan for a human monkeypox surveillance programme, 1980-1985, as recommended by the Global Commission.

The Global Commission recommended at its December 1978 meeting that research on orthopoxviruses should continue. The DNA analysis of poxviruses, including variola virus, is being promoted to facilitate the differentiation of other poxviruses from variola virus.

Cas humains de monkeypox et recherche sur les orthopoxvirus

Quarante cas humains de monkeypox ont été signalés en Afrique occidentale et centrale depuis 1970. Sur ce total, 31 cas ont été notifiés au Zaïre. Bien que la maladie ne constitue pas un problème de santé publique, son tableau clinique évoque la variole et la poursuite de recherches se justifie. Une surveillance active continue à être exercée au Zaïre. Un projet mixte OMS/Zaïre de recherche sur l'écologie du virus monkeypox commence au milieu de 1979 dans la région équatoriale avec l'aide du Center for Disease Control d'Atlanta, EUA. C'est dans le cadre de ce projet que sera également établi le plan d'un programme de surveillance des cas humains de monkeypox qui se déroulera de 1980 à 1985, conformément aux recommandations formulées par la Commission mondiale.

La Commission mondiale a recommandé, à sa réunion de décembre 1978, de poursuivre les recherches sur les orthopoxvirus. L'analyse de l'ADN des poxvirus, parmi lesquels le virus variolique, est actuellement encouragée en vue de faciliter à l'avenir la différenciation du virus variolique des autres poxvirus.

Smallpox Vaccination Policy

The Global Commission in December 1978 recommended that:

“As more than one year has elapsed since the last known naturally occurring cases of smallpox, and smallpox eradication has already been certified in most countries, the Global Commission considers that routine vaccination is unnecessary, except in countries of, and adjacent to, the Horn of Africa, and in those countries awaiting certification by an International Commission. The Global Commission recognizes that between the present time and final certification each government will need to assess its routine vaccination policy, depending on its own assessment of the risks and benefits.”

“Since there is no smallpox-infected country anywhere in the world, smallpox vaccination certificates should not be required for international travel.”

As of 15 April, routine smallpox vaccination is no longer obligatory in 46 countries (Fig. 3) and vaccination certificates are no longer required from travellers in 145 countries. These numbers are expected to increase rapidly as global certification proceeds towards completion.

Politique vaccinale

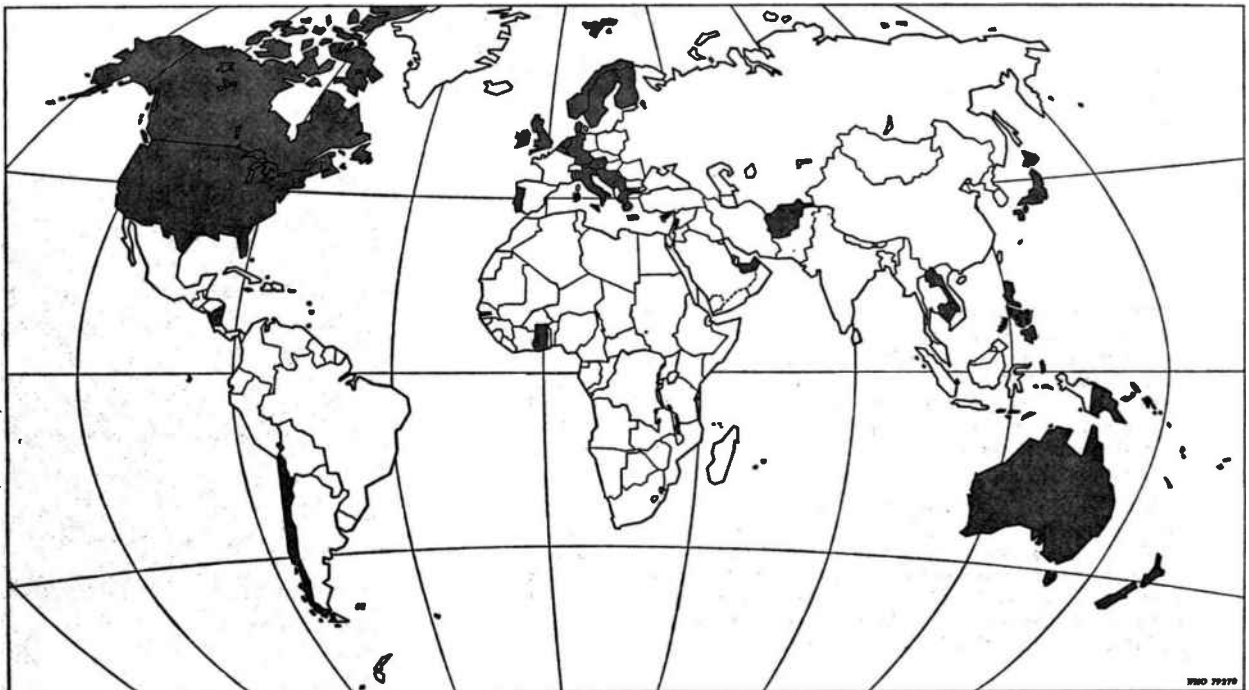
La Commission mondiale réunie en décembre 1978 a notamment formulé les recommandations suivantes:

« Comme plus d'un an s'est écoulé depuis les derniers cas connus de variole contractée dans des conditions naturelles et que l'éradication de la variole a déjà été certifiée dans la plupart des pays, la Commission mondiale estime que la vaccination systématique est devenue sans objet sauf dans les pays de la Corne de l'Afrique ou dans des pays adjacents et dans les pays en attente de certification par une commission internationale. La Commission mondiale reconnaît que, d'ici à la certification finale, il appartiendra à chaque gouvernement de fixer sa politique de vaccination systématique selon sa propre appréciation des risques et des avantages en cause.

Comme il n'existe nulle part dans le monde de pays infectés de variole, il ne devrait pas être exigé de certificats de vaccination anti-variolique pour les voyages internationaux. »

Au 15 avril, la vaccination antivariolique systématique n'était plus obligatoire dans 46 pays (Fig. 3) et 145 pays n'exigent plus de certificat de vaccination des voyageurs. Le nombre de tous ces pays devrait augmenter rapidement au fur et à mesure des progrès de la certification mondiale.

FIG. 3
ROUTINE SMALLPOX VACCINATION IS NO LONGER OBLIGATORY IN 46 COUNTRIES AND AREAS (15 APRIL 1979)
LA VACCINATION SYSTÉMATIQUE DE ROUTINE N'EST PLUS OBLIGATOIRE DANS 46 PAYS ET ZONES (15 AVRIL 1979)



INFLUENZA SURVEILLANCE

HONG KONG (14 April 1979). —¹ In addition to the two strains of virus A/Texas/1/77 (H3N2) recently reported, two strains of virus B close to B/Hong Kong/5/72 have been isolated in sporadic influenza cases.

PERU. — As of 3 April 1979, some increase in the incidence of cases of influenza-like illness has been observed. A strain of influenza virus A (H1N1) was isolated in mid-February from a middle-aged patient.

USSR (20 April 1979). —² Influenza morbidity associated with strains of virus B and virus A/USSR/90/77 (H1N1) slightly increased in December 1978 and January 1979,³ without reaching epidemic levels. It decreased in February, and no strains were isolated during that month. In the second half of March and in April, small influenza outbreaks associated with virus A/USSR/90/77 occurred in groups of young adults, particularly in Moscow. Infections with virus A (H3N2) were rare this winter.

¹ See No. 16, p. 125.
² See No. 4, p. 29.

SURVEILLANCE DE LA GRIPPE

HONG KONG (14 avril 1979). —¹ A côté des deux souches de virus A/Texas/1/77 (H3N2) signalées récemment, deux souches de virus B proches de B/Hong Kong/5/72 ont été isolées dans des cas sporadiques de grippe.

PEROU. — Au 3 avril 1979, on observait une certaine augmentation de l'incidence des cas d'affections d'allure grippale. Une souche de virus grippal A (H1N1) avait été isolée vers mi-février chez un malade d'âge moyen.

URSS (20 avril 1979). —² La morbidité grippale associée aux virus B et A/USSR/90/77 (H1N1) a légèrement augmenté en décembre 1978 et janvier 1979,³ sans atteindre des niveaux épidémiques. Elle a diminué en février, et aucune souche ne fut isolée pendant ce mois. Par la suite, dans la seconde moitié de mars et en avril, de petites poussées de grippe associées au virus A/USSR/90/77 se sont produites dans des groupes de jeunes adultes, particulièrement à Moscou. Les infections à virus A (H3N2) ont été rares cet hiver.

¹ Voir N° 16, p. 125.
² Voir N° 4, p. 29.

ASEPTIC MENINGITIS SURVEILLANCE

UNITED STATES OF AMERICA. — Based on the experience of the three-year period July 1975-June 1978 at the California Viral and Rickettsial Disease Laboratory, the majority of cases of aseptic meningitis (AM) and infectious encephalitis syndrome were due to viruses. The AM syndrome is characterized by malaise, fever, headache, and stiff neck lasting four to seven days. Cerebrospinal fluid pleocytosis is usually less than 500 cells per mm³, predominantly mononuclear. The distinction between aseptic meningitis and encephalitis is sometimes unclear, and the diagnosis often arbitrarily made on clinical grounds. Most cases occur from June through October with the peak usually in August or September. Males are more commonly infected than females (3:2). About 90% of cases occur in persons less than 30 years old with the highest attack rate in persons less than one year of age. The case-fatality ratio is less than 1%. Transmission is predominantly person-to-person via faecal-oral or respiratory routes.

In California in 1978 the total number of cases of viral meningitis reported increased slightly over 1977 (876 cases compared with 812), and maintained the increase over 1976 (693 cases). For infectious encephalitis the reported cases in 1978 (126) remained at about the same level as in 1977 (112) and 1976 (127).

The viral causes of aseptic meningitis and encephalitis include most of the enteroviruses (echo, polio, coxsackie), mumps, chickenpox, arbovirus (St. Louis encephalitis, western equine encephalitis, California encephalitis, eastern equine encephalitis), adenoviruses, herpes simplex and zoster, lymphocytic choriomeningitis, etc; but the great majority of cases are of undetermined etiology.

The Virus Laboratory has received specimens from sporadic cases or focal outbreaks from various parts of the state, thus these do not represent preplanned systematic studies of cases in selected hospitals such as those conducted in Los Angeles and the Central Valley in the late 1950's and early 1960's. In the years ensuing since these studies, the laboratory has continued to encounter essentially the same range of suspected etiological agents, although the proportion of specific virus types, especially enteroviruses, varies widely from year to year. No new groups of agents have been implicated as significant contributors to aseptic meningitis etiology since those early studies. The "raw" surveillance data shown in Table 1 for the year 1975-1976, 1976-1977 and 1977-1978 indicate laboratory success in identifying a possible etiological agent in only about 20% of cases that came to attention with a presumed diagnosis of viral or aseptic meningitis (in about 50% of these cases only blood specimens were submitted). In more intensive hospital studies with optimal specimen collections an agent is identified in 65-70% of cases.

SURVEILLANCE DES MÉNINGITES ASEPTIQUES

ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE. — Il ressort des observations faites pendant trois ans, de juillet 1975 à juin 1978, au *California Viral and Rickettsial Disease Laboratory*, que la majorité des cas de méningite aseptique et d'encéphalite infectieuse sont dus à des virus. Le syndrome de la méningite aseptique se caractérise par un malaise, de la fièvre, des céphalées et une raideur de la nuque durant de quatre à sept jours. L'hyperleucocytose rachidienne est en général inférieure à 500 cellules par mm³, avec prédominance d'éléments mononucléés. La distinction entre la méningite aseptique et l'encéphalite n'est pas toujours claire et le diagnostic est souvent arbitrairement basé sur des considérations cliniques. La plupart des cas se produisent de juin à octobre, avec un pic situé généralement en août ou septembre. Le sexe masculin est plus fréquemment touché que le sexe féminin (3:2). Environ 90% des cas se produisent chez des moins de 30 ans, le taux d'atteinte le plus élevé s'observant chez les enfants de moins d'un an. Le taux de létalité est inférieur à 1%. La transmission se fait surtout de personne à personne par la voie fécale-orale ou respiratoire.

En Californie, en 1978, le nombre total de cas de méningite virale notifiés a augmenté légèrement par rapport à 1977 (876 cas contre 812) et à 1976 où les cas avaient encore été moins nombreux (693). Pour l'encéphalite infectieuse, le nombre de cas notifiés en 1978 (126) est resté à peu près au même niveau qu'en 1977 (112) et 1976 (127).

Les virus responsables de cas de méningite aseptique et d'encéphalite comprennent la plupart des entérovirus (echo, polio, coxsackie), les virus des oreillons et de la varicelle, les arbovirus (encéphalite de St-Louis, encéphalite équine occidentale, encéphalite de Californie, encéphalite équine orientale), les adenovirus, les virus de l'herpès, du zona, de la choriomeningite lymphocytaire, etc., mais la grande majorité des cas sont d'étiologie indéterminée.

Le *Virus Laboratory* a reçu des prélèvements provenant de cas sporadiques ou de poussées localisées survenus dans diverses parties de l'Etat; il ne s'agit donc pas d'une étude comparable aux études systématiques planifiées menées dans des hôpitaux déterminés à Los Angeles et dans la *Central Valley* à la fin des années 1950 et au début des années 1960. Au cours des années qui ont suivi ces études, le laboratoire a continué d'observer essentiellement la même gamme d'agents étiologiques possibles, bien que la proportion de types de virus spécifiques, en particulier les entérovirus, varie considérablement d'une année à l'autre. Aucun nouveau groupe d'agents n'a été incriminé depuis comme facteur étiologique important de la méningite aseptique. Les données « brutes » de surveillance reproduites dans le *Tableau 1* pour les années 1975-1976, 1976-1977 et 1977-1978 indiquent que le laboratoire n'a pu identifier un agent étiologique possible que dans 20% des cas suspects de méningite virale ou aseptique dont il a eu à analyser les prélèvements (dans environ 50% de ces cas, seuls des prélèvements sanguins ont été soumis). Dans le cadre des études hospitalières plus intensives disposant d'un nombre optimal de prélèvements, l'agent est identifié dans 65 à 70% des cas.

Table 1. Infection Identified in Cases of Aseptic Meningitis California, 1975-1978
Tableau 1. Agents identifiés dans des cas de méningite aseptique, Californie, 1975-1978

	1975-1976	1976-1977	1977-1978
Total cases — Nombre total de cas	400	273	216
Patients found positive — Nombre de cas positifs	76 (19%)	62 (22%)	56 (25%)
Agents identified — Agents identifiés	85	69	60
Enteroviruses — Entérovirus	58	48	51
Coxsackie	7	17	15
Polio — Poliavirus	6	—	2
Echovirus	43	26	29
Entero 71 — Entérovirus 71	—	5	5
Entéro, unidentified — Entérovirus, non identifié	2	—	—
Mumps — Virus des oreillons	7	3	—
Herpes simplex — Virus de l'herpès	7	6	2
Adenovirus — Adénovirus	5	3	—
Other — Autres	8	9	7

(Based on/D'après: *California Morbidity, Weekly Report*, No. 4, 1979.)

PORTS

designated in application of the International Health Regulations (1969)

PORTS

notifiés en application du Règlement sanitaire international (1969)

The above-mentioned publication (situation on 1 April 1979) has been sent under separate cover at the same time as this *Record*.

La publication mentionnée ci-dessus (situation au 1^{er} avril 1979) a été envoyée, sous pli séparé, en même temps que ce *Relevé*.

REWARD US\$ 1 000 RÉCOMPENSE		
<p>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.</p> <p><i>(Resolution WHA31.54, World Health Assembly, 1978)</i></p>	<p>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, signalerait un cas actif de variole résultant de la transmission d'un être humain à l'autre et confirmé par des essais de laboratoire.</p> <p><i>(Résolution WHA31.54, Assemblée mondiale de la Santé, 1978)</i></p>	
WORLDWIDE FREEDOM FROM ENDEMIC SMALLPOX	79 weeks/semaines	MONDE ENTIER EXEMPT DE VARIOLE ENDÉMIQUE

DISEASES SUBJECT TO THE REGULATIONS — MALADIES SOUMISES AU RÈGLEMENT

Notifications Received from 27 April to 3 May 1979 — Notifications reçues du 27 avril au 3 mai 1979

	<i>C</i>	<i>D</i>				
PLAGUE — PESTE						
Africa — Afrique						
SUDAN — SOUDAN	<i>C</i>	<i>D</i>				
<i>Equatoria Province</i>	5.III-14.IV					
Juba Rural Council	115r	0				
CHOLERA¹ — CHOLÉRA¹						
Africa — Afrique						
BURUNDI	<i>C</i>	<i>D</i>				
.....	19-25.III					
.....	8					
.....	0					
.....	12-18.III					
.....	5					
.....	0					
.....	19-25.II					
.....	22					
.....	0					
.....	12-18.II					
.....	14					
.....	0					
KENYA	22-28.IV					
.....	120					
.....	0					
			Asia — Asie			
			LIBERIA — LIBÉRIA			
			1-31.I			
			38			
			1			
			1-31.XII			
			64			
			2			
			1-30.XI			
			38			
			1			
			8-14.IV			
			16			
			1			
			BURMA — BIRMANIE			
			15-21.IV			
			7			
			0			
			INDIA — INDE			
			4-10.III			
			68			
			0			
			25.II-3.III			
			116			
			0			
			INDONESIA — INDONÉSIE			
			1-7.IV			
			42			
			1			
			25-31.III			
			253			
			6			
			THAILAND — THAÏLANDE			
			15-21.IV			
			81			
			7			
			Oceania — Océanie			
			NAURU			
			22.III-18.IV			
			1			
			0			
			YELLOW FEVER — FIÈVRE JAUNE			
			America — Amérique			
			TRINIDAD AND TOBAGO			
			27.XII.78 ¹ -6.III			
			7			
			...			
			4s			
			...			

¹ The total number of cases and deaths reported for each country occurred in infected areas already published or in newly infected areas (see below) / Tous 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).

Newly Infected Areas as on 3 May 1979 — Zones nouvellement infectées au 3 mai 1979

For criteria used in compiling this list, see No. 14, page 111 — Les critères appliqués pour la compilation de cette liste sont publiés dans le N° 14, à la page 111.

The complete list of infected areas was last published in WER No. 16, page 127. 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° 16, page 127. 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.

<p style="text-align: center;">CHOLERA — CHOLÉRA</p> <p style="text-align: center;">Africa — Afrique</p> <p>BURUNDI</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Bubanza Province</i></p> <p>Gihanga</p>	<p style="text-align: center;">LIBERIA — LIBÉRIA</p> <p>Bong County</p> <p style="text-align: center;">ZAIRE — ZAÏRE</p> <p>Bas-Zaïre Province</p>	<p style="text-align: center;">Asia — Asie</p> <p style="text-align: center;">BURMA — BIRMANIE</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Kawthoolai State</i></p> <p>Pa-an D.: Pa-an</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Mawlayay Division</i></p> <p>Mandalay D.: Mandalay</p>
---	--	---

Areas Removed from the Infected Area List between 27 April and 3 May 1979

Zones supprimées de la liste des zones infectées entre les 27 avril et 3 mai 1979

For criteria used in compiling this list, see No. 14, page 111 — Les critères appliqués pour la compilation de cette liste sont publiés dans le N° 14, à la page 111.

<p style="text-align: center;">CHOLERA — CHOLÉRA</p> <p style="text-align: center;">Africa — Afrique</p> <p>BURUNDI</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Bururi Province</i></p> <p>Minago</p>	<p style="text-align: center;">Asia — Asie</p> <p style="text-align: center;">INDONESIA — INDONÉSIE</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Bali Province</i></p> <p>Badung Regency (excl. Benoa seaport & Ngurah Rai airport)</p> <p>Bangli Regency</p> <p>Karangasam Regency</p> <p>Klungkung Regency</p>	<p style="padding-left: 20px;"><i>Jambi (Sumatera) Province</i></p> <p>Sarolangun Bangko Regency</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Jawa Barat (West Java) Province</i></p> <p>Subang Regency</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Jawa Tengah (Central Java) Province</i></p> <p>Semarang Regency</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Riau (Sumatera) Province</i></p> <p>Indragiri Hulu Regency</p>	<p style="text-align: center;">MALAYSIA — MALAISIE</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>West Malaysia</i></p> <p>Federal Territory</p> <p>Kedah State</p> <p>Sik Health District</p> <p>Yen Health District</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Perak State</i></p> <p>Kinta Health District</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Perlis State</i></p> <p>Perlis Health District</p>
---	---	---	---