

INFORMATIONS ÉPIDÉMIOLOGIQUES (suite)

EPIDEMIOLOGICAL NOTES (continued)

CHOLÉRA EN 1965¹

Ce sommaire annuel se propose de donner une idée de la distribution géographique des cas de choléra notifiés à l'OMS en 1965, de montrer quelles régions ont été envahies depuis 1964, de signaler les éventualités de dissémination future de la maladie, et de donner de brèves informations sur les activités assistées par l'OMS dans les domaines de la recherche, du contrôle de la maladie et de la formation du personnel. Les chiffres présentés ne peuvent encore être complets, en raison de leur compilation précoce à la date du 11 janvier 1966. Aussi les avons-nous généralement comparés avec les chiffres provisoires qui furent utilisés les années précédentes, alors que des données plus complètes relatives aux années 1961-1964 existent pour certains pays.

1. Incidence des cas et des décès notifiés

Le tableau de la page 132 montre l'incidence des cas et des décès notifiés par chaque pays au cours des cinq dernières années; la carte des pages 124 et 125 montre l'incidence des cas notifiés en 1965.

51 334 cas, tous observés en Asie,² ont été notifiés en 1965 pour l'ensemble du monde, contre 81 401 en 1964. Cette différence est essentiellement due aux cas notifiés par l'Inde (environ 20 000 cas de moins qu'en 1964) et par la République du Viet-Nam (environ 18 000 cas de moins qu'en 1964). Cependant, la situation semble s'aggraver, du fait de l'extension de l'infection à de nouveaux territoires.

Tous les états de l'Inde situés le long de la frontière et de la côte occidentales sont maintenant atteints, et la maladie a envahi le Pakistan occidental, l'Afghanistan, l'Iran, ainsi que la partie asiatique de l'URSS (région située à proximité de la mer d'Aral: République autonome de Kara Kalpak et Oblast de Khorezm dans la République d'Ouzbékistan).

Malgré une diminution des cas notifiés dans les pays à l'est de l'Inde, le choléra fut observé dans de nombreux pays où il avait été rapporté les années précédentes; en outre, il a fait son apparition à Brunei (198 cas notifiés).

Bien que le biotype de vibron ne fasse pas l'objet de rapports réguliers, le vibron El Tor qui, en 1963, n'était trouvé qu'en Thaïlande et dans les pays situés plus à l'est, est maintenant signalé au Pakistan oriental, en Inde, au Pakistan occidental, en Afghanistan et en Iran; dans plusieurs de ces derniers territoires, il existe conjointement avec le vibron du choléra classique.

Le nombre des décès paraît souvent élevé par rapport à celui des cas. Ceci peut refléter soit un taux de létalité élevé dû à l'absence de mise en œuvre du traitement de réhydratation, dont l'efficacité est très grande, soit l'absence de notifications adéquates (notification incomplète des cas/absence de coordination entre la notification des cas et celle des décès), soit les deux raisons réunies.

Dans de nombreux pays, les notifications sont gênées aussi bien par l'absence d'un système efficace de notifications que par l'absence de laboratoires susceptibles d'appuyer la recherche épidémiologique; en particulier, il existe souvent une carence en personnel qualifié en matière de choléra (santé publique et laboratoire).

2. Cas notifiés dans les villes attenantes à un port ou à un aéroport — Cas importés — Propagation internationale de la maladie

La carte des pages 124 et 125 montre l'incidence des cas notifiés dans les villes attenantes à un port ou à un aéroport.

On remarque, tout comme en 1964, l'incidence élevée de Saïgon, de Manille, de Rangoon, ainsi que celle de Calcutta et de Madras (côte orientale de l'Inde); une grave épidémie a sévi à Madras pendant le quatrième trimestre de 1965.

¹ Voir No 16, 1965, pp. 198-202. Des sommaires annuels ont été présentés chaque année depuis 1957 dans le *Relevé épidémiologique hebdomadaire*.

² A l'exception de deux cas de laboratoire aux Etats-Unis d'Amérique.

CHOLERA IN 1965¹

The purpose of this annual summary is to give an idea of the geographical distribution of cholera cases notified to WHO in 1965, to show which areas have been invaded since 1964, to point out the potentialities of dissemination of the disease, and to give briefly information on research, control and training activities assisted by WHO. The figures given are still necessarily incomplete, having been compiled at the early date of 11 January 1966; they are therefore generally compared with the provisional figures used in previous years, although fuller data for the years 1961-1964 exist in the case of certain countries.

1. Incidence of cases and deaths notified

The table on page 132 shows the incidence of cases and deaths notified by each country during the last five years. The map on pages 124 and 125 shows the incidence of cases notified in 1965.

51 334 cases—all in Asia²—were notified for the world as a whole in 1965 as against 81 401 in 1964. This decrease was essentially due to the fact that fewer cases were notified by India (about 20 000 less than in 1964) and by the Republic of Viet-Nam (about 18 000 less than in 1964). However, the situation with regard to cholera seems to be becoming more serious, owing to the spread of the disease to new territories.

All the States of India along the western frontier and on the west coast are now affected, and the disease has invaded West Pakistan, Afghanistan, Iran and the Asiatic part of the USSR (region located near the Aral Sea: autonomous Republic of Kara Kalpak and Oblast of Khorezm in the Republic of Uzbekistan).

Although there were fewer cases notified in countries to the east of India, cholera was still present in many of those where it had been reported during previous years, and it appeared in addition in Brunei (198 notified cases).

Although the biotype of vibrio is not regularly reported, the El Tor vibrio, which in 1963 was isolated only in Thailand and countries further east, has now been notified in East Pakistan, India, West Pakistan, Afghanistan and Iran, and in several of these territories it exists side by side with the classic cholera vibrio.

The number of deaths appears often to be high in comparison with the number of cases. This may reflect a high case fatality rate due to a lack of application of highly effective rehydration treatment, and/or a lack of adequate notifications (incomplete case reporting/absence of co-ordination between case and death reporting).

In many countries, the notifications are hampered by both the lack of an effective system of notification and the lack of proper laboratory facilities in support of epidemiological investigation; there is often a need for cholera-trained public health and laboratory personnel.

2. Cases notified in towns adjacent to a port or an airport — Imported cases — International spread of the disease

The map on pages 124 and 125 shows the incidence of cases notified in towns adjacent to a port or an airport.

It will be noted that, as in 1964, the incidence was high for Saigon, Manila and Rangoon as well as for Calcutta and Madras (east coast of India). A serious epidemic occurred in Madras in the last quarter of 1965.

¹ See No. 16, 1965, pp. 198-202. Annual summaries have been presented each year since 1957 in the *Weekly Epidemiological Record*.

² With the exception of two laboratory cases in the United States of America.

INFORMATIONS ÉPIDÉMIOLOGIQUES (suite)

CHOLÉRA EN 1965 (suite)

On remarque également qu'en 1965, l'infection a gagné Delhi et plusieurs villes de ports et d'aéroports situées à proximité de la côte occidentale de l'Inde. Enfin, plus à l'ouest encore, on note l'atteinte du port de Karachi, au Pakistan occidental, et du port de Chahbahar, situé en Iran sur le golfe d'Oman.

Nous avons, l'an dernier, attiré l'attention sur la menace possible du choléra en direction occidentale,¹ alors que l'infection n'était pas encore officiellement signalée dans les pays situés à l'ouest de l'Inde; depuis lors, plusieurs de ces pays ont été gagnés par l'infection, et celle-ci risque de se propager encore plus à l'ouest.

En 1965, contrairement aux trois années précédentes, l'OMS n'a reçu notification d'aucune importation de cas due au trafic aérien ou maritime. Bien que l'infection paraisse s'être souvent propagée par voie terrestre, on n'a signalé, dans la plupart des cas, aucune source précise à l'origine de sa transmission; ceci peut être attribué en partie à l'absence de laboratoires appropriés.

3. Activités de recherche, de contrôle et de formation assistées par l'OMS

Des recherches sur l'étiologie, l'épidémiologie et la prophylaxie de la maladie se sont activement poursuivies, avec l'aide de l'Organisation. C'est en particulier le cas en ce qui concerne les porteurs de vibron et l'efficacité des vaccins.

Certaines de ces recherches ont révélé qu'il est habituel de trouver des porteurs parmi les contacts, que la condition de porteur peut parfois se prolonger pendant plus de trois ans, et que, souvent, l'excrétion de vibron n'apparaît pas lors des examens de selles systématiques — particulièrement en cas d'excrétion intermittente.^{2,3}

D'autres ont montré la faiblesse et la courte durée de l'efficacité des vaccins courants.⁴ Elles ont montré aussi la complexité des recherches épidémiologiques et les difficultés d'un contrôle efficace.

En vue d'aider à améliorer les notifications et le contrôle de la maladie, en particulier du point de vue international, l'OMS a organisé la formation en matière de choléra du personnel de santé publique et de laboratoire.

Conclusion

Trois points doivent être soulignés:

1. En 1965, le choléra a progressé vers l'ouest, atteignant le Pakistan occidental, l'Afghanistan, l'Iran et la région de l'Ouzbékistan en URSS.
2. En 1966, le choléra risque de se propager encore plus en direction de l'ouest.
3. Les activités assistées par l'OMS ayant révélé les difficultés d'un contrôle efficace de l'infection et les besoins en personnel qualifié en matière de choléra (santé publique et laboratoire), l'Organisation intensifie ses programmes de recherche, de contrôle et de formation.

¹ Voir N° 16, 1965, p. 201 (Conclusion).

² Joint Philippines-Japan-WHO Cholera Committee: Report (à paraître), *Bull. Org. mond. Santé*.

³ Gangarosa, E. (1966) (à paraître), *Bull. Org. mond. Santé*.

⁴ Philippines Cholera Committee: Preliminary Report (1965), *Bull. Org. mond. Santé*, 32, 603.

EPIDEMIOLOGICAL NOTES (contd.)

CHOLERA IN 1965 (contd.)

It is noteworthy that, in 1965, the disease reached Delhi and several port and airport towns near the west coast of India. Still further west, the port of Karachi in West Pakistan, and the port of Chahbahar on the Gulf of Oman in Iran, were affected.

Last year, attention was drawn to the possible danger of cholera spreading westwards,¹ although it had not then been officially notified in countries west of India. Since then, the infection has reached several countries in that area and there is a possible threat of further spread to the west.

Unlike the three previous years, in 1965 WHO received no notification of any case of cholera imported by air or by sea. Although it appears that the disease was often imported by land, no definite source of infection was reported in most cases, due in part to the above-mentioned lack of proper laboratory facilities in support of epidemiological investigation.

3. Research, control and training activities assisted by WHO

Research on etiology, epidemiology and prophylaxis of the disease has been actively pursued with the help of the Organization—in particular, research on vibrio carriers and on the effectiveness of vaccines.

These studies revealed that the carrier state is common among contacts, that it can sometimes last for more than three years and that routine stool examination often does not reveal excretion of vibrios, especially when it is intermittent.^{2,3}

The effectiveness of vaccines in current use was proved to be low and of short duration.⁴ These studies have pointed out the complexity of epidemiological investigations and the difficulties in setting up effective control measures.

With a view to helping to improve notification and control of the disease, in particular from the international standpoint, WHO has organized the cholera training of public health and laboratory personnel.

Conclusion

Three points should be noted:

1. In 1965, cholera progressed towards the west, reaching West Pakistan, Afghanistan, Iran and the region of Uzbekistan in the USSR.
2. In 1966, there is a threat of further spread of cholera to the west.
3. WHO assisted activities having revealed the difficulties in setting up effective control measures and the need for cholera-trained public health and laboratory personnel, the Organization is intensifying its programme on research, control and training.

¹ See No. 16, 1965, p. 201 (Conclusion).

² Joint Philippines-Japan-WHO Cholera Committee: Report (to be published) *Bull. Wld Hlth Org.*

³ Gangarosa, E. (1966) (to be published) *Bull. Wld Hlth Org.*

⁴ Philippines Cholera Committee: Preliminary Report (1965) *Bull. Wld Hlth Org.*, 32, 603.