



WORLD HEALTH ORGANIZATION
GENEVA

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
GENÈVE

WEEKLY EPIDEMIOLOGICAL RECORD

Epidemiological notes on communicable diseases of international importance and information concerning the application of the International Health Regulations (1969)

RELEVÉ ÉPIDÉMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE

Notes épidémiologiques sur des maladies transmissibles d'importance internationale et informations concernant l'application du Règlement sanitaire international (1969)

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

Service de la Surveillance épidémiologique des Maladies transmissibles
Adresse téléphonique: EPIDNATIONS GENÈVE Tél. 27821

19 APRIL 1973

48th YEAR — 48^e ANNÉE

19 AVRIL 1973

TREATMENT OF VENEREAL DISEASES

CANADA. — For some time the need has been felt for more uniformity throughout the country in the treatment of venereal diseases. Many practitioners are mystified by the appearance of reports of new drugs and treatments for these diseases.

In mid October 1972, provincial venereal disease control directors and epidemiologists met in Ottawa to discuss this and other matters connected with the resurgence of venereal disease. *Inter alia*, they recommended a standard treatment schedule for venereal diseases.

Between 1959 and 1968 there occurred a rapid increase in resistance of gonococcus isolates in Canada to antibacterial drugs, but this rate of increase has apparently not been maintained. Caution is necessary in interpreting laboratory results, however, since differences in resistance of the gonococcus due to the same antibiotic between different laboratories may imply a real difference or be related to different laboratory methods in use. In addition, one must distinguish between clinical resistance to treatment and reinfection.

Penicillin in adequate dosage and ampicillin still control most clinical gonorrhoea. Drug resistance may develop as the result of giving oral drugs in multiple doses rather than a single treatment under direct supervision or giving too small doses of penicillin by injection over a long period of time. Most provincial health departments now appear to be using a high dosage of penicillin by injection, up to 4.8 million units of procaine penicillin with probenecid, or ampicillin plus probenecid orally in a single dose. This practice has kept resistance of the gonococcus down.

(Epidemiological Bulletin, Vol. 16, No. 12; Department of Health and Welfare, Canada.)

EDITORIAL NOTE: The treatment of venereal diseases can be relatively simple with the use of effective and easy to administer antibiotics. The majority of patients with venereal diseases are seen and treated by general practitioners and difficulties can therefore arise if the microbiological principles of treatment are not followed. There is a high failure rate of cures with insufficient treatment and this can lead to further propagation of the disease.

TRAITEMENT DES MALADIES VÉNÉRIENNES

CANADA. — Depuis un certain temps, le besoin se fait sentir d'uniformiser le traitement des maladies vénériennes dans l'ensemble du pays. De nombreux médecins sont en effet déroutés par les rapports faisant état de nouveaux médicaments et traitements pour ces maladies.

A la mi-octobre 1972, les directeurs provinciaux de la lutte contre les maladies vénériennes se sont réunis avec des épidémiologistes à Ottawa pour examiner cette question et d'autres problèmes en rapport avec la recrudescence des maladies vénériennes. Ils ont recommandé, entre autres, un traitement normalisé des maladies vénériennes.

Entre 1959 et 1968, la résistance aux antibactériens des gonocoques isolés s'est accrue rapidement au Canada, mais le taux d'augmentation ne s'est apparemment pas maintenu. Il est toutefois nécessaire d'être prudent dans l'interprétation des résultats de laboratoire, car les variations observées entre laboratoires dans la résistance du gonocoque à un même antibiotique peuvent être réelles ou simplement dues à l'emploi de méthodes d'essai différentes. En outre, une distinction s'impose entre la résistance clinique au traitement et la réinfection.

La pénicilline administrée selon une posologie appropriée, ainsi que l'ampicilline, demeurent efficaces contre la plupart des blennorrhagies cliniques. L'apparition d'une pharmacorésistance peut résulter soit de l'administration per os de doses multiples plutôt que d'un traitement unique sous surveillance directe, soit de l'administration parentérale de trop petites doses de pénicilline pendant une longue période. Il semble que la plupart des ministères provinciaux de la Santé utilisent maintenant la pénicilline à forte dose par voie parentérale (à savoir jusqu'à 4,8 millions d'unités de procaine pénicilline additionnée de probénécide) ou l'ampicilline additionnée de probénécide en dose unique par voie orale. L'accroissement de la résistance du gonocoque a été ainsi évité.

NOTE DE LA RÉDACTION: Avec des antibiotiques efficaces et faciles à administrer, le traitement des maladies vénériennes peut être relativement simple. Toutefois, comme la majorité des malades sont vus et traités par des omnipraticiens, une défaillance dans l'observation des principes microbiologiques du traitement donne parfois lieu à des difficultés. L'insuffisance des traitements est cause d'un taux d'échec élevé, de sorte que la maladie peut continuer à se propager.

Epidemiological notes contained in this number:

Food Poisoning, Health Hazards Associated with Pets, Jungle Yellow Fever, Listeriosis, Treatment of Venereal Diseases.

List of Infected Areas, p. 177.

Informations épidémiologiques contenues dans ce numéro:

Animaux familiers: un risque pour la santé, fièvre jaune de brousse, intoxications alimentaires, listériose, traitement des maladies vénériennes.

Liste des Zones infectées, p. 177.

Over-treatment is unjustifiable for both patient and medical staff, and prolonged medication always carries the risk of allergic or toxic reactions to the drug concerned. For these reasons, it is a distinct advantage to have national standards of treatment based on the recommendations of specialists in the field. This is particularly so for the treatment of gonorrhoea, in view of the wide range of effective drugs available and the variation in the sensitivity of strains of gonococcus in different geographical areas, the latter fact arising from inadequate treatment either medical or self administered.

The ideal antibiotic for the treatment of gonorrhoea would be given in a single dose at the time of diagnosis; it would be cheap and safe and give 100% cure even in the presence of some resistance of the circulating gonococci. Unfortunately, there is no orally administered broad spectrum antibiotic meeting all these criteria. For this reason, the maximum dosage advocated in the present recommendation has been accepted by most health administrations. The recommended maximum dose of penicillin, it is believed, will cure concomitantly acquired syphilis without the need for cumbersome serological follow-up which would be advisable for patients treated with lesser doses of penicillin or with non-treponemal antibiotics.

The above recommendations are supported by the conclusions of a recent comprehensive review on the treatment of syphilis.¹ It should be stressed, however, that before treating patients showing serological evidence of syphilis, the spinal fluid should be examined to exclude infection of the central nervous system. If this is not done, then the patient should be treated as if suffering from late syphilis. In symptomatic neurosyphilis, and particularly with primary optic atrophy, the dosage of penicillin should be generally higher and eventually corticosteroids may be used concomitantly. For countries with a high prevalence of congenital syphilis, the following recommendations have been made:¹

Congenital syphilis

Up to two years of age (early congenital)

Benzathine penicillin: total of 50 000 IU per kg/bodyweight in a single or divided dose at one session.

PAM: total of 100 000 IU per kg/bodyweight given in three divided doses at two to three day intervals.

Aqueous procain penicillin G: total of 100 000 IU per kg/bw given at 10 000 IU per kg/bw for ten consecutive days.

Late congenital syphilis (2-12 years)

same as early congenital syphilis

Where preparations of procain penicillin G in oil with aluminium monostearate are still preferred in early syphilis, a total of 4.8-6.0 M.U. may be used, administered in seven to 15 days and divided in doses according to epidemiological and individual circumstances. In late syphilis, a total of 6.0-9.0 M.U. in doses of 1.2 M.U. at three day intervals is recommended.

¹ See Bull. Wld. Hlth. Org., 47, Suppl.

Tant pour le patient que du point de vue du personnel médical, un surdosage serait injustifié et les médications prolongées entraînent toujours un risque de réaction allergique ou toxique. Il y a donc certainement avantage à ce que soient énoncées des normes nationales de traitement fondées sur les recommandations de spécialistes en la matière. Cela vaut en particulier pour le traitement de la blennorrhagie, étant donné le large choix de médicaments efficaces dont on dispose et les différences observées d'une région à l'autre dans la sensibilité des souches de gonocoques, différences dues à l'insuffisance du traitement médical ou de l'auto-traitement.

Pour le traitement de la blennorrhagie, l'antibiotique idéal est celui qui pourrait être administré en dose unique au moment du diagnostic, qui serait peu coûteux et sûr et qui garantirait un taux de guérison de 100%, même en présence d'une certaine résistance chez les gonocoques en circulation. Malheureusement, il n'existe aucun antibiotique oral à large spectre qui remplisse toutes ces conditions. C'est pourquoi la plupart des administrations sanitaires ont accepté les doses maximales préconisées dans la présente recommandation. On estime qu'à la dose maximale recommandée, la pénicilline guérira la syphilis acquise de façon concomitante sans qu'il soit nécessaire d'assurer la surveillance sérologique très contraignante qui serait indiquée dans le cas de malades traités avec des doses de pénicilline plus faibles ou avec des antibiotiques non spécifiques des tréponèmes.

Les recommandations qui précèdent sont corroborées par les conclusions d'une étude approfondie sur le traitement de la syphilis publiée récemment.¹ Il convient cependant de souligner qu'avant de traiter des sujets présentant des signes sérologiques de syphilis, il convient d'examiner le liquide céphalo-rachidien pour éliminer l'éventualité d'une infection du système nerveux central. A défaut de cette épreuve, le sujet doit être traité comme s'il souffrait d'une syphilis tardive. Dans les cas de neurosyphilis symptomatique, et particulièrement en présence d'une atrophie optique primitive, il faut généralement augmenter la dose de pénicilline et au besoin administrer en même temps des corticostéroïdes. Pour les pays où la syphilis congénitale est très répandue, les recommandations sont les suivantes:¹

Syphilis congénitale

Jusqu'à l'âge de deux ans (syphilis congénitale précoce)

Benzathine pénicilline: total de 50 000 UI par kg de poids corporel en une dose unique ou fractionnée administrée au cours d'une même séance.

PAM: total de 100 000 UI par kg de poids corporel en trois doses administrées à deux ou trois jours d'intervalle.

Procaine pénicilline G en solution aqueuse: total de 100 000 UI par kg de poids corporel à raison de 10 000 UI par kg de poids corporel et par jour pendant dix jours consécutifs.

Syphilis congénitale tardive (2-12 ans)

comme pour la syphilis congénitale précoce

Lorsqu'on préfère encore employer les préparations de procaine pénicilline G en solution huileuse avec addition de monostéarate d'aluminium, on peut administrer un total de 4,8 à 6,0 millions d'unités pendant sept à 15 jours en doses fractionnées adaptées aux circonstances épidémiologiques et aux conditions individuelles. Pour le traitement de la syphilis tardive, il est recommandé d'administrer au total 6,0 à 9,0 millions d'unités en doses de 1,2 millions d'unités données à trois jours d'intervalle.

¹ Voir Bull. Org. mond. Santé, 47, Suppl.

LISTERIOSIS

UNITED KINGDOM. — *Listeria monocytogenes* was reported to have been cultured from 25 patients in 1972 (Table 1), a number similar to that recorded in each of the previous five years.¹ Of the 17 isolates typed, six were type 1 and 11 were type 4. Most of the patients had meningitis, often with bacteraemia. *L. monocytogenes* was recovered from the cerebrospinal fluid (C.S.F.) of 14 patients and from both blood and C.S.F. of eight other patients. The organism was recovered from the blood of only one patient, a 45-year-old man, but he was suspected of having meningitis.

¹ See No. 22, 1972, p. 215.

LISTÉRIOSE

ROYAUME-UNI. — En 1972, des cultures de *Listeria monocytogenes* ont été obtenues à partir de prélèvements provenant de 25 malades (Tableau 1), soit à peu près le même nombre que pour chacune des cinq années précédentes.¹ Sur les 17 isolats typés, six appartenaient au type 1 et 11 au type 4. La plupart des sujets atteints présentaient une méningite, souvent avec bactériémie. Dans 14 cas, *L. monocytogenes* a été isolé à partir du liquide céphalo-rachidien (LCR) et, dans huit cas, à la fois à partir du sang et du LCR. Chez un homme de 45 ans, l'agent n'a été isolé qu'à partir du sang, mais on a cependant soupçonné une méningite.

¹ Voir No 22, 1972, p. 215.

Table 1. — *Listeria Monocytogenes* Infections, United Kingdom, 1972
 Tableau 1. — Infections à *Listeria monocytogenes*, Royaume-Uni, 1972

| Age (years) Age (années) | < 1 | 1-4 | 5-14 | 15-44 | 45-64 | 65 and over 65 et plus | Not stated Non précisé | Total |
|------------------------------|--------|------|------|-------|-------|---------------------------|---------------------------|---------|
| 1972 | 7(3) | — | 2 | 8(3) | 2 | 6(3) | — | 25(9) |
| 1967-1971 Total | 40(11) | 7(1) | 1(1) | 14(3) | 28(4) | 25(5) | 10 | 125(25) |

Figures in parenthesis refer to deaths — Entre parenthèses: nombre de décès.

Nine of the 25 cases (36%) were fatal. In the previous five years the overall mortality rate in the 125 recorded cases was 20%. As in previous years deaths tended to be among newborn infants (3), the elderly (3), and patients with an underlying illness (2). Only one of the fatalities—a man aged 29 years—was a young, adult patient who was apparently otherwise healthy.

Sur les 25 cas, neuf (36%) ont été fatals. Pour les 125 cas des cinq années précédentes, le taux de létalité global avait été de 20%. Comme auparavant, les victimes ont été surtout des nouveau-nés (3), des personnes âgées (3) ou des sujets souffrant déjà d'une autre maladie (2). Il n'y a eu qu'un seul décès chez de jeunes adultes qui autrement paraissaient être en bonne santé: celui d'un homme de 29 ans.

(Based on/D'après: *Public Health Laboratory Service* and/*et British Medical Journal*, 1973, 1, 301.)

HEALTH HAZARDS ASSOCIATED WITH PETS

UNITED STATES OF AMERICA. — According to statistics in this country, American households now shelter more animals than people, with pets outnumbering humans more than three to one. Estimates of the pet population in the United States are 40 million dogs, 40 million cats, 15 million birds, ten million other warm blooded creatures ranging from rodents to monkeys, and 600 million fish.

The pet boom has resulted in a growing health hazard to city dwellers. The sidewalks of crowded inner cities often are littered with dog excrement. Health officials point out that this causes disease, especially among young children, and authorities are asking for stricter laws and enforcement of existing regulations.

The novelty of exotic pets appeals to some people, but there seems to be a lack of public information on how to handle or keep such animals as ocelots, raccoons, tarantulas, armadillos, etc. around the house. Seventy-five percent of these animals die within six months or are deposited in a humane society shelter or roadside zoo.

EDITORIAL NOTE: Apart from the increasing number of animal bites in man, and many zoonoses being transmitted by pets, it should be noted that the acquisition of wild animals as pets from areas with wildlife rabies is a particular public health problem. The number of reported rabies cases in such animals is increasing.

In view of the possible source of human exposure, wild animals, particularly carnivores, from areas of wildlife rabies should not be acquired or, if acquired, stringent preventive measures should be taken including quarantine and vaccination with inactivated rabies vaccine.

(Center for Disease Control; *Veterinary Public Health Notes*, January 1973.)

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.

LES ANIMAUX FAMILIERS: UN RISQUE POUR LA SANTÉ

ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE. — Les statistiques nationales font apparaître que les ménages des Etats-Unis abritent maintenant plus d'animaux familiers que d'êtres humains, le rapport dépassant celui de trois à un. La population d'animaux familiers est en effet estimée comme suit: 40 millions de chiens, 40 millions de chats, 15 millions d'oiseaux, dix millions d'autres animaux à sang chaud (allant des rongeurs aux petits singes) et 600 millions de poissons.

La vogue des animaux familiers entraîne un accroissement des risques auxquels est exposée la santé des citadins. Dans les villes, les trottoirs des quartiers centraux à forte densité de population sont souvent abondamment souillés d'excréments de chien. Les services de santé soulignent que c'est là une source de transmission de maladies, en particulier pour les jeunes enfants, et réclament des lois plus sévères ainsi qu'une application rigoureuse des règlements existants.

La nouveauté des animaux familiers exotiques a beaucoup d'attrait pour certaines personnes, mais il semble que le public soit très mal informé de la manière de traiter et d'entretenir à la maison des animaux comme l'ocelot, le raton laveur, la tarentule, l'armadillo, etc. Les trois quarts de ces animaux meurent dans les six mois qui suivent leur acquisition ou sont déposés dans les refuges des sociétés protectrices ou les petits parcs zoologiques privés.

NOTE DE LA RÉDACTION: Sans parler de l'accroissement du nombre des morsures infligées à l'homme et des nombreuses zoonoses transmises par les animaux familiers, il est à noter que l'acquisition, pour en faire des animaux familiers, d'animaux sauvages provenant de régions où sévit la rage animale pose un véritable problème de santé publique. Le nombre des cas de rage signalés chez ces animaux est en augmentation.

Etant donné qu'ils peuvent être cause d'exposition de l'homme au virus rabique, il faut s'abstenir d'acquérir des animaux sauvages, carnivores en particulier, provenant de régions où sévit la rage animale; en cas d'acquisition, des mesures préventives rigoureuses doivent être prises, notamment quarantaine et vaccination par un vaccin antirabique inactivé.

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.

JUNGLE YELLOW FEVER

BOLIVIA. — Since 15 January 1973, an outbreak of jungle yellow fever has occurred in the localities La Victoria and La Esperanza in Chapare Province, Department of Cochabamba. To 16 March, 12 cases have been reported. Laboratory confirmation of the diagnosis has been obtained for two of the ten fatal cases.

Recent captures of vectors in the two localities have demonstrated the presence of only mosquitoes of the genus *Haemagogus*. Yellow fever vaccination has been intensified in the area.

Eight cases of jungle yellow fever were reported in Bolivia in each of the years 1971 and 1972. In the Department of Cochabamba, two cases were reported in Chapare Province in September 1971. In neighbouring areas of the Department of la Paz, eight cases were observed in Inquisivi Province in January 1972 and six cases to the northwest in Nor Yungas and Sud Yungas Provinces in April-June 1971.

FIÈVRE JAUNE DE BROUSSE

BOLIVIE. — Depuis le 15 janvier 1973, une poussée de fièvre jaune de brousse est signalée dans les localités de La Victoria et La Esperanza, province de Chapare (Département de Cochabamba). Au 16 mars, 12 cas avaient déjà été notifiés. Le diagnostic a été confirmé en laboratoire pour deux des dix cas mortels.

Les captures récentes de vecteurs dans les deux localités ont révélé la présence de moustiques du genre *Haemagogus* uniquement. La vaccination anti-marielle a été intensifiée dans la région.

En 1971 et en 1972, huit cas de fièvre jaune de brousse avaient été notifiés en Bolivie. En ce qui concerne le Département de Cochabamba, il y avait eu deux cas dans la province de Chapare en septembre 1971. Dans les zones limitrophes du Département de la Paz, huit cas avaient été observés dans la province d'Inquisivi en janvier 1972 et six cas, vers le nord-ouest, dans les provinces de Nor Yungas et de Sud Yungas en avril-juin 1971.

(*Inf. epid. Sem. (Wash.)*, 1973, No. 14.)

| | |
|---|--|
| <p>AUTOMATIC TELEX REPLY SERVICE for Latest Available Information on Communicable Diseases Telex Number 28150 Geneva Exchange identification codes and compose: ZCZC ENGL (for reply in English) ZCZC FRAN (for reply in French)</p> | <p>SERVICE AUTOMATIQUE DE RÉPONSE PAR TÉLÉX pour les dernières informations sur les maladies transmissibles Numéro de télex 28150 Genève Faire échange d'indicatifs et composer le code: ZCZC ENGL (pour une réponse en anglais) ZCZC FRAN (pour une réponse en français)</p> |
|---|--|

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

Amendment to 1972 publication

Germany, Federal Republic of

Delete:

Baden-Baden: DRK-Blutspendedienst (Baden-Württemberg Vaccinating Centre No. SB I)

Freiburg/Br.: Hygiene-Institut der Universität (Baden-Württemberg Vaccinating Centre No. SB II)

Hamburg: Dr W. Sander, Karpfangerstrasse 19 (Vaccinating Centre No. 4)

Hannover: Staatliche Impfanstalt

Heidelberg: Prof. Dr Jusatz, Direktor des Instituts für Tropenhygiene und öffentliches Gesundheitswesen am Sudasien-Institut der Universität (Baden-Württemberg Vaccinating Centre No. NB I)

Stuttgart: Gesundheitsamt (Baden-Württemberg Vaccinating Centre No. NW I)

Tübingen: Tropenheim Paul-Lechler-Krankenhaus (Baden-Württemberg Vaccinating Centre No. SWH II)

Tropenmedizinisches Institut der Universität (Baden-Württemberg Vaccinating Centre No. SWH I)

Ulm: Zentrum für Innere Medizin und Kinderheilkunde-Tropenmedizinische Beratungsstelle (Baden-Württemberg Vaccinating Centre No. NW II)

Insert:

Aachen: Abt. Med. Mikrobiologie der Technischen Hochschule (Zulassung Nr. 10)

Baden-Baden: DRK-Blutspendedienst (Baden-Württemberg Vaccinating Centre No. 4)

Freiburg/Br.: Hygiene-Institut der Universität (Baden-Württemberg Vaccinating Centre Nr. 6)

Hamburg: Dr A. Melenkeit, Johannissbollwerk 6 (Vaccinating Centre No. 4)

Hannover: Staatliches Medizinaluntersuchungsamt (Niedersachsen Vaccinating Centre No. HA 2)

Heidelberg: Institut für Tropenhygiene und öffentliches Gesundheitswesen am Sudasien-Institut der Universität (Baden-Württemberg Vaccinating Centre Nr. 2)

Kiel: Schiffsmedizinisches Institut der Marine

Stuttgart: Gesundheitsamt (Baden-Württemberg Vaccinating Centre Nr. 5)

Tübingen: Tropenheim Paul-Lechler-Krankenhaus (Baden-Württemberg Vaccinating Centre Nr. 3)

Tropenmedizinisches Institut der Universität (Baden-Württemberg Vaccinating Centre Nr. 1)

Ulm: Zentrum für Innere Medizin und Kinderheilkunde — Tropenmedizinische Beratungsstelle (Baden-Württemberg Vaccinating Centre Nr. 7)

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

Amendement à la publication de 1972

Allemagne, République fédérale d'

Supprimer:

DISEASES SUBJECT TO THE REGULATIONS — MALADIES SOUMISES AU RÈGLEMENT

Infected Areas as on 18 April 1973 — Zones infectées au 18 avril 1973

For criteria used in compiling this list, see No. 12, page 140 — Les critères appliqués pour la compilation de cette liste sont publiés dans le N° 12, à la page 140

x Newly reported areas — Nouvelles zones signalées.

PLAGUE — PESTE

Africa — Afrique

LESOTHO

Maseru District
Moriya

MADAGASCAR

Fianarantsoa Province
Fianarantsoa S. Préf.
Ambondrona Canton

ZAIRE — ZAÏRE

Kivu Province
Lubero Terr.

America — Amérique

BRAZIL — BRÉSIL

Alagoas State
Girau do Poção Municipio
Traipu Municipio
Bahia State
Anguera Municipio
Candeal Municipio
Feira de Santana Municipio
Ipora Municipio
Serra Preta Municipio

Ceara State
Guaraciaba do Norte Municipio
Ipu Municipio
Ipueritas Municipio

Pernambuco State
Exu Municipio

Asia — Asie

BURMA — BIRMANIE

Mandalay Division
Mandalay D.: Mandalay

VIET-NAM REP.

x Binh-Duong Province
Dinh-Tuong Province
Hau-Nghia Province
Kontum Province
Ninh-Thuan Province
Quang-Duc Province
Quang-Nam Province
Quang-Ngai Province
Quang-Tin Province
Tay-Ninh Province
x Thua-Thien Province

CHOLERA — CHOLÉRA

Africa — Afrique

ANGOLA

Luanda Cap. (excl. PA)

CAMEROON — CAMEROUN

Cameroon oriental
Wouri Département

DAHOMEY

Atlanque Département

GHANA

Central Region
Eastern Region
Western Region

LIBERIA — LIBÉRIA

Monrovia (P) (excl. A)
Cape Mount County

NIGERIA — NIGÉRIA

East-Central State
Lagos State
North-Central State
Western State

SENEGAL — SÉNÉGAL

Région du Cap-Vert
Région du Diourbel

TOGO

Région centrale
Sokodé Circ. & Subdiv. san

Asia — Asie

BANGLADESH

Chittagong Division
Chittagong District
Chittagong Hill Tract District
Comilla (Tippera) District
Sylhet District

Dacca Division

Dacca District
Faridpur District
Mymensingh District
Tangail District

Khulna Division

Bakerganj (Barisal) District
Jessore District
Khulna District
Kushtia District
Patuakhali District

Rajshahi Division

Bogra District
Dinajpur District
Pabna District
Rajshahi District
Rangpur District

BURMA — BIRMANIE

Irrawaddy Division

x Bassein District
x Maubin District
Myaungmya District
Pyapôn District

Pegu Division

x Hanthawaddy District
Insein District

INDIA — INDE

Ahmedabad (A)
Allahabad (A)
Calcutta (P) (excl. A)
Kanpur (A)
Lucknow (A)
Madras (P) (excl. A)
Nagpur (A)

Andhra Pradesh State

Hyderabad District

Bihar State

Bhagalpur District

Gujarat State

Ahmedabad District
Baroda District
Kaira District

Kerala State

Palghat District
Trichur District

Madhya Pradesh State

Mandsaur District
Rewa District
West-Nimar (Khargon) District

Moharashtra State

Nagpur District
Poona District
Sholapur District

Mysore State

Belgaum District
Chikmagalur District
Chitradurga District
Dharwar District
Mandya District
Mysore District
North Kanara District
Shimoga District

Orissa State

Puri District

Rajasthan State

Bundi District
Churu District

Tamil Nadu State

North Arcot District

West Bengal State

Howrah District

INDONESIA — INDONÉSIE

Jakarta Raya (Jawa) Province

Jakarta Barat Municipality
Jakarta Pusat (A) Municipality
Jakarta Selatan Municipality
Jakarta Timur Municipality
Jakarta Utara (P) Municipality

Aceh (Sumatera) Province

Aceh Barat Regency
Aceh Besar Regency
Aceh Selatan Regency
Aceh Tengah Regency
Aceh Timur Regency
Aceh Utara (P) Regency
Banda Aceh Municipality
Pidie Regency
Sabang (P) Municipality

Bali Province

Badung (PA) Regency
Bangli Regency
Buleleng Regency
Gianyar Regency
Jembrana Regency
Karangasam Regency
Klungkung (P) Regency
Tabanan Regency

Bengkulu (Sumatera) Province

Bengkulu Municipality
Bengkulu Selatan Regency
Bengkulu Utara Regency
Rejang Lebong Regency

Irian Barat Province

Manokwari (P) Regency
Merauke (P) Regency
Sorong Regency
Jambi (Sumatera) Province
Batanghari Regency
Jambi (P) Municipality
Tanjung Jabung Regency

Jawa Barat Province

Bandung Municipality
Bandung Regency
Bekasi Regency
Bogor Municipality
Bogor Regency
Ciamis Regency
Cianjur Regency
Cirebon (P) Municipality
Cirebon Regency
Garut Regency
Indramayu Regency
Krawang Regency
Kuningan Regency
Lebak Regency

Majalengka Regency
Pandejang Regency
Purwakarta Regency
Serang Regency
Subang Regency
Sukabumi Municipality
Sukabumi Regency
Sumedang Regency
Tangerang Regency
Tasikmalaya Regency

Jawa Tengah Province

Banyumas Regency
Batang Regency
Blora Regency
Boyolali Regency
Brebes Regency
Cilacap Regency
Demak Regency
Grobogan Regency
Jepara Regency
Karanganyar Regency
Kebumen Regency
Kendal Regency
Klaten Regency
Kudus Regency
Magelang Regency
Pati Regency
Pekalongan (P) Municipality
Pekalongan Regency
Rembang Regency
Salatiga Municipality
Semarang (P) Municipality
Semarang Regency
Sragen Regency
Sukoharjo Regency
Surakarta Municipality
Tegal (P) Municipality
Tegal Regency
x Temanggung Regency
Wonorejo Regency

Jawa Timur Province

Bangkalan Regency
Banyuwangi (P) Regency
Blitar Regency
Bojonegoro Regency
Bondowoso Regency
Jember Regency
Jombang Regency
Kediri Municipality
Kediri Regency
Lamongan Regency
Lumajang Regency
Madiun Municipality
Madiun Regency
Magetan Regency
Malang Regency
Mojokerto Municipality
Mojokerto Regency
Nganjuk Regency
Ngawi Regency
Pacitan Regency
Pamekasan Regency
Pananukan (P) Regency
Pasuruan (P) Municipality
Pasuruan Regency
Ponogoro Regency
Probolinggo Municipality
Probolinggo Regency
Sampang Regency
Sidoarjo (A) Regency
Sumenep Regency
Surabaya (P) Municipality
Surabaya Regency
Trenggalek Regency
Tuban Regency
Tulungagung Regency

Kalimantan Barat Province

Ketapang Regency
Pontianak (P) Municipality
Pontianak (A) Regency
Sambas Regency
Sanggau Regency

Kalimantan Selatan Province

Banjarnegara Regency
Barito Kuala Regency
Hulu Sungai Selatan Regency

Hulu Sungai Tengah Regency
Hulu Sungai Utara Regency
Kotabaru (P) Regency
Tabalong Regency
Tanah Laut Regency
Tapin Regency

Kalimantan Tengah Province

Barito Selatan Regency
Barito Timur Regency
Kotawaringin Barat Regency
Kotawaringin Timur Regency
Palangkaraya Municipality

Kalimantan Timur Province

Balikpapan (P) Municipality
Berau Regency
Bulungan (P) Regency
Kutai Regency
Samarinda (P) Regency

Lampung (Sumatera) Province

Lampung Selatan (P) Regency
Lampung Tengah Regency
Lampung Utara Regency
Tanjungkarang/Telukbetung Municipality

Nusatenggara Barat Province

Bima Regency
Dompu Regency

Nusatenggara Timur Province

Alor Regency
Sumba Timur Regency

Riau (Sumatera) Province

Indragiri Hulu Regency
Kepulauan Riau (P) Regency
Pekanbaru (PA) Municipality

Sulawesi Selatan Province

Bantaeng Regency
Barru Regency
Bone Regency
Bulukumba Regency
Enrekang Regency
Gowa Regency
Jenepono Regency
Luwu Regency
Majene Regency
Mamuju Regency
Maros (A) Regency
Pangkajene Regency
Pare Pare Municipality
Pinrang Regency
Polewali Regency
Selayar Regency
Sidenreng/Rappang Regency
Sinjai Regency
Soppeng Regency
Takalar Regency
Tanah Toraja Regency
Ujung Pandang (P) Municipality
Wajo Regency

Sulawesi-Tengah Province

Donggala (P) Regency

Sulawesi Tenggara Province

Buton Regency

Sulawesi Utara Province

Manado (P) Municipality

Sumatera Barat Province

Agam Regency
Limapuluh Kota Regency
Padang Panjang Municipality
Padang Pariaman Regency
Solok Regency

Sumatera Selatan Province

Bangka (P) Regency
Belitung (P) Regency
Lahat Regency
Lematang Ilir Ogan Tengah Regency
Musi Banyuasin Regency
Musi Rawas Regency
Ogan Komering Ilir Regency
Ogan Komering Ulu Regency
Palembang (PA) Municipality
Pangkalpinang (P) Municipality

Sumatera Utara Province

Asahan Regency
Binjai Municipality
Dairi Regency
Deli Serdang (P) Regency
Karo Regency
Labuhanbatu Regency
Langkat Regency

Medan (A) Municipality
Nias (P) Regency
Pematang Siantar Municipality
Sibolga (P) Municipality
Simalungun Regency
Tanjung Balai Municipality
Tapanuli Selatan Regency
Tapanuli Utara Regency
Tebing Tinggi Municipality

Yogyakarta (Jawa) Province

Bantul (A) Regency
Yogyakarta Municipality

MALAYSIA — MALAISIE

Sabah

Beaufort District
Beluran District
Kinabatangan District
Kota Belud District
Kota Kinabalu District
Kudat District
Labuk & Sugut District
Lahad Datu District
Papar District
Penampang District
Saba Papar District
Sandakan District
Semporna District
Tawau District
Tuaran District

NEPAL — NÉPAL

Bagmati Zone

Lalitpur District

Sagarmatha Zone

Saptari District

PHILIPPINES

Manila (P) (excl. A)

Luzon Group

Bulacan Province
Pangasinan Province
Rizal Prov. (excl. Manila airport)

Mindanao Group

Cotabato Prov.: Cotabato

VIET-NAM REP.

× Saigon (excl. PA)

YEMEN — YÉMEN

Hodeida Province

YELLOW FEVER — FIÈVRE JAUNE

Africa — Afrique

ANGOLA

CAMEROON — CAMEROUN

Cameroon oriental

Haut-Nyong Dep.

Abong-Mbang Arr.

GHANA

NIGERIA — NIGÉRIA

SIERRA LEONE

SUDAN — SOUDAN

Territory South of 12° N.

Territoire situé au sud du 12° N.

ZAIRE — ZAÏRE

Territory North of 10° S.

Territoire situé au nord du 10° S.

America — Amérique

BOLIVIA — BOLIVIE

Cochabamba Department

× Chapare Province

BRAZIL — BRÉSIL

Amazonas State

Coari Municipio

Goiás State

Roraima Territory

Boa Vista Municipio

COLOMBIA — COLOMBIE

Santander Department

Santa Elena del Opón

PERU — PÉROU

Huancu Department

Huancu Province

Huanuco District

Leoncio Prado Province

Rupa Rupa District

SMALLPOX — VARIOLE

Africa — Afrique

BOTSWANA

South-East District

ETHIOPIA — ÉTHIOPIE

UGANDA — OUGANDA

Northern Region

Acholi D.: Atiak

Asia — Asie

BANGLADESH

Dacca (excl. A)

Chittagong Division

Chittagong District
Commilla (Tippera) District
Noakhali District
Sylhet District

Dacca Division

Dacca District
Faridpur District
Mymensingh District

Khulna Division

Bakerganj (Barisal) District
Jessore District
Khulna District
Kushtia District
Patuakhali District

Rajshahi Division

Bogra District
Dinajpur District
Pabna District
Rajshahi District
Rangpur District

INDIA — INDE

Calcutta (P) (excl. A)

Delhi (excl. A)

Kanpur (A)

Madras (P) (excl. A)

Andhra Pradesh State

Adilabad District
Krishna District
Medak District

Assam State

Darrang District
Kamrup District
Lakhimpur District

Bihar State

Bhagalpur District
Darbhanga District
Hazaribagh District
Muzaffarpur District
Saharsa District
Santal Parganas District
Saran District

Jammu & Kashmir State¹

Baramulla District
Srinagar District

Madhya Pradesh State

Bhilsa (Vidisha) District
Bhind District
Chhatarpur District
Datia District
Drug District
Guna District
Gwalior District
Panna District
Raipur District
Sehore District
Shivpuri District

Maharashtra State

Buldhana District
Sholapur District

Manipur Territory

Mysore State

Bidar District

Orissa State

Balasure District
Cuttack District
Keonjhar District
Mayurbhanj District
Sambalpur District
Sundergarh District

Punjab State

Amritsar District
Patiala District
Patiala D.: Fardkot

Rajasthan State

Alwar District
Barmer District
Bharatpur District

Bhilwara District
Jaipur District
Jhunjhunu District
Sawai Madhopur District

Utter Pradesh State

Agra District
Allahabad District
Azamgarh District
Bahraich District
Banda District
Bara Banki District
Bareilly District
Basti District
Bijnor District
Budaun District
Bulandshahr District
Etah District
Fazfabad District
Farrukhabad District
Fatehpur District
Ghazipur District
Hamirpur District
Hardoi District
Jalaun District
Jhansi District
Kanpur District
Kheri District
Lucknow District
Meerut District
Mirzapur District
Moradabad District
Muzaffarnagar District
Nainital District
Pilibhit District
Rampur District
Saharanpur District
Shahjahanpur District
Sitapur District
Sultanpur District
Varanasi District

West Bengal State

Birbhum District
Burdwan District
Cooch Behar District
Darjeeling District
Hooghly District
Howrah District
Midnapur District
Nadia District
24-Parganas District
Purulia District

NEPAL — NÉPAL

Bheri Zone

× Bardia District

Rapti Zone

× Rolpa District

Seti Zone

Dotu District

PAKISTAN

Lahore (excl. A)

Baluchistan Province

× Chagai District
Kachhi District
Kalat District
Loralai District
Quetta-Pishin District

North-West Frontier Province

Peshawar District

Punjab Province

Guyranwala District
Lahore District
Lyallpur District

Sind Province

Dadu District
Hyderabad District
Jacobabad District
Karachi District
Kharpur District
Larkana District
Nawabshah District
Sanghar District
Sukkur District
Tharparkar District

Europe

UNITED KINGDOM
ROYAUME-UNI

London Metropolitan Boroughs
(excl. PA)

¹ Data concerning the Indian held part of Jammu and Kashmir, the final status of which has not been determined/Données concernant la partie du Cachemire et Jammu placée sous l'autorité de l'Inde, dont le statut définitif n'a pas encore été déterminé.

| CHOLERA (contd) — CHOLÉRA (suite) | | YELLOW FEVER — FIÈVRE JAUNE | | NEPAL (contd) — NÉPAL (suite) | | |
|--|---------|---|-------------|-------------------------------|-------------|-----|
| Asia (contd) — Asie (suite) | | America — Amérique | | Rapti Zone | | |
| | C D | | C D | | C D | |
| MALAYSIA — MALAISIE | 8-14.IV | BOLIVIA ¹ — BOLIVIE ¹ | 15.I-16.III | Rolpa D. | 7 3 | |
| SABAH | | Cochabamba Department | | PAKISTAN | 25.II-3.III | |
| Papar D. | 0 1 | Chapare Province | | Baluchistan Province | | |
| PHILIPPINES | 1-7.IV | La Esperanza | 12 10 | Districts | | |
| Manila (P) (excl. A) | 4 0 | La Victoria | | Chagai | 1 0 | 0 0 |
| LUZON GROUP | | SMALLPOX — VARIOLE | | Kachhi | 4 1 | 8 0 |
| Rizal Prov. (excl. Manila airport) | 4 0 | Asia — Asie | | Quetta-Pishin | 0 0 | 3 0 |
| VIET-NAM REP. | 8-14.IV | NEPAL — NÉPAL | C D | Europe | | |
| Saigon (excl. PA) | 1 0 | Bheri Zone | 1-7.IV | UNITED KINGDOM | C D | |
| | | Bardia D. | 1 1 | ROYAUME-UNI | 15.IV | |
| | | | | London Metropolitan | | |
| | | | | Boroughs (excl. PA) | 0 1 | |

Areas Removed from the Infected Area List between 13 and 18 April 1973
Territoires supprimés de la liste des zones infectées entre les 13 et 18 avril 1973

For criteria used in compiling this list, see No. 12, page 140 — Les critères appliqués pour la compilation de cette liste sont publiés dans le N° 12, à la page 140.

| PLAGUE — PESTE | VIET-NAM REP. | Cameroun oriental | INDIA — INDE |
|-----------------------|---------------------|--------------------|--------------------------|
| Asia — Asie | Saigon (PA) | N°Kam Département | Madhya Pradesh State |
| BURMA — BIRMANIE | Darlac Province | | Tikamgarh District |
| Mandalay Division | CHOLERA — CHOLÉRA | SMALLPOX — VARIOLE | PAKISTAN |
| Meiktila D.: Meiktila | Africa — Afrique | Asia — Asie | Baluchistan Province |
| | CAMEROON — CAMEROUN | BANGLADESH | Zhob District |
| | Cameroun occidental | Dacca Division | Punjab Province |
| | Victoria Division | Tangail District | Dera Ghazi Khan District |

FOOD POISONING

CANADA. — On 6 October 1972, a 39-year-old man from Prince Rupert and his wife ate boiled eggs and home-canned salmon sandwiches for lunch. As the salmon did not taste quite right, they ate only a small portion. Within an hour, both were acutely ill with nausea, vomiting and colic; later, they developed diarrhoea. The woman also complained of paraesthesias. Because the probable food vehicle was low-acid, home-canned salmon, the provisional diagnosis was botulism. On admission to hospital, each patient therefore received one vial of trivalent (types A, B, E) botulinum antitoxin. Both recovered completely in 36 hours. In retrospect, these symptoms and the rapid recovery suggested staphylococcal enterotoxin food poisoning as the more likely diagnosis than botulism.

Vomitus and stool specimens failed to yield food poisoning organisms on culture. Coagulase-positive *Staphylococcus aureus* was isolated from remnants of home-canned salmon. As specimens were shipped without refrigeration, the bacteriological findings merely indicated the possibility of staphylococcal food poisoning.

The salmon was home-canned, boiled for four hours, and then refrigerated. Sandwiches were prepared and served immediately after the can was opened.

This incident of possible staphylococcal food poisoning illustrates how botulism can be confused with other types of food poisoning. Between 1964 and 1969, the United States Public Health Service, Center for Disease Control, investigated 108 incidents of suspected botulism. Of these, 37 proved to be botulism, while 12 were staphylococcal food poisoning.

(Epidemiological Bulletin, Vol. 17, No. 12; Department of National Health and Welfare, Canada.)

INTOXICATIONS ALIMENTAIRES

CANADA. — Le 6 octobre 1972, à Prince Rupert, un homme de 39 ans et sa femme avaient déjeuné d'œufs à la coque et de sandwiches au saumon. Comme le saumon, qui provenait de conserves ménagères, n'avait pas très bon goût, ils n'en mangèrent que très peu. Dans l'heure qui suivit, ils furent pris tous deux de malaises violents, avec nausées, vomissements et coliques, suivis plus tard de diarrhée. La femme se plaignit aussi de paresthésie. Etant donné que le véhicule de l'infection était probablement le saumon hypo-acide, un diagnostic provisoire de botulisme fut posé. A leur entrée à l'hôpital, les deux malades reçurent donc chacun une fiole d'antitoxine botulinique trivalente (types A, B, E). Dans les 36 heures, leur rétablissement fut complet. Rétrospectivement, les symptômes et le prompt rétablissement ont conduit à penser qu'il s'agissait d'une intoxication par l'entérotoxine staphylococcique plutôt que de botulisme.

Aucun micro-organisme d'intoxication alimentaire n'a pu être identifié dans les cultures d'échantillons de vomissements et de fèces. *Staphylococcus aureus* coagulase-positif a été isolé des restes du saumon. Comme les échantillons avaient été expédiés sans être réfrigérés, ces résultats bactériologiques ne font qu'indiquer la possibilité d'une intoxication alimentaire à staphylocoques.

Pour être mis en conserve, le saumon avait été porté à ébullition pendant quatre heures, puis réfrigéré. Les sandwiches avaient été préparés et servis immédiatement après ouverture de la boîte.

Cet incident possiblement d'origine staphylococcique montre comment le botulisme peut être confondu avec d'autres intoxications alimentaires. De 1964 à 1969, le Center for Disease Control du Service de Santé publique des Etats-Unis a enquêté sur 108 cas suspects de botulisme. Sur ce total, 37 étaient imputables au botulisme et 12 à une intoxication alimentaire staphylococcique.

Price of the Weekly Epidemiological Record

Per single copy Fr. s. 1.20
Annual subscription Fr. s. 60.—

Prix du Relevé épidémiologique hebdomadaire

\$0.40 15p . . . Par numéro
\$18.00 £7 . . . Abonnement annuel