



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 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
---	---

6 DECEMBER 1974

49th YEAR — 49^e ANNÉE

6 DÉCEMBRE 1974

SURVEILLANCE OF INFECTIOUS HEPATITIS

GHANA. — Unfortunately the differential diagnosis of hepatitis type A and type B is not yet possible in most parts of Ghana. At present the diagnosis is based on characteristic clinical symptoms and some biochemical laboratory data, which do not allow differentiation of the type of infection. A total of 10 910 and 15 828 cases of infectious hepatitis was reported in Ghana in 1972 and 1973. This represents an increase of 45% for 1973 over the total reported for 1972 and almost four times the number registered in 1969 (Table 1). There were 196 deaths in 1972 and 244 in 1973, giving case-fatality rates of 1.8 and 1.5% respectively.

SURVEILLANCE DE L'HÉPATITE INFECTIEUSE

GHANA. — Le diagnostic différentiel entre l'hépatite A et l'hépatite B n'est malheureusement pas encore possible dans la majeure partie du Ghana. A l'heure actuelle, l'hépatite est diagnostiquée sur la base des symptômes cliniques caractéristiques et de quelques examens biochimiques de laboratoire qui ne permettent pas la différenciation. En 1973, un total de 15 828 cas d'hépatite infectieuse a été notifié, soit 45% de plus qu'en 1972 (10 910 cas) et près de quatre fois plus qu'en 1969 (Tableau 1). Il y a eu 244 décès en 1973 contre 196 en 1972, les taux de létalité étant respectivement de 1,5 et de 1,8%.

Table 1. Infectious Hepatitis: Reported Cases and Deaths, Ghana, 1969-1973
Tableau 1. Hépatite infectieuse: cas et décès notifiés, Ghana, 1969-1973

Year — Année	Cases — Cas	Deaths — Décès	Case-Fatality Rate Taux de létalité
1969.	4 779	107	2.2%
1970.	7 149	168	2.4%
1971.	9 508	131	1.4%
1972.	10 910	196	1.8%
1973.	15 828	244	1.5%

All regions of the country, with the exception of the Eastern and Northern Regions, have reported more cases in 1973 than 1972 (Table 2). In both years the greatest number of cases occurred in Ashanti Region where the incidence of 234 and 396 per 100 000 population for 1972 and 1973 was considerably greater than the corresponding figures of 122 and 174 for the whole country. The incidence in Brong-Ahafo Region, 201 per 100 000 population in 1972 and 362 per 100 000 in 1973, was also markedly higher than the national figure.

Toutes les régions du pays, à l'exception de celles de l'Est et du Nord, ont notifié plus de cas en 1973 qu'en 1972 (Tableau 2). Pour ces deux années, les cas les plus nombreux ont été enregistrés dans l'Ashanti, où l'incidence de 234 cas pour 100 000 habitants en 1972 et de 396 en 1973 a été bien supérieure aux chiffres correspondants pour l'ensemble du pays (122 et 174). Dans le Brong-Ahafo, avec 201 cas pour 100 000 habitants en 1972 et 362 en 1973, l'incidence a été également bien plus élevée qu'à l'échelle nationale.

<p>Epidemiological notes contained in this number: Cholera, Enteric Infections, Infectious Hepatitis, Influenza, International Health Regulations (1969), Meningococcal Infections. List of Infected Areas, p. 409.</p>	<p>Informations épidémiologiques contenues dans ce numéro: Choléra, grippe, hépatite infectieuse, infections intestinales, infections à méningocoque, règlement sanitaire international (1969). Liste des zones infectées, p. 409.</p>
---	--

Table 2. Infectious Hepatitis: Reported Cases and Deaths, by Region, Ghana, 1972-1973
Tableau 2. Hépatite infectieuse: cas et décès notifiés, par région, Ghana, 1972-1973

Region — Région	1972		1973	
	Cases — Cas	Deaths — Décès	Cases — Cas	Deaths — Décès
Western — Région de l'Ouest	818	4	1 021	5
Central — Région du Centre	1 091	13	1 417	30
Greater Accra — Grand Accra	858	22	1 389	28
Eastern — Région de l'Est	941	6	547	8
Volta	548	3	866	6
Ashanti	3 640	90	6 310	107
Brong-Ahafo	1 616	45	2 968	38
Northern — Région du Nord	807	13	676	1
Upper — Région supérieure	591	—	634	21
Total	10 910	196	15 828	244

In the first quarter of 1974, 4 186 cases were reported, approximately 24% more than the 3 373 cases in the corresponding period of 1973. If a similar increase is maintained throughout the year, a figure of some 19 000 cases can be expected.

Au cours du premier trimestre de 1974, il a été enregistré 4 186 cas, soit environ 24% de plus que pour la période correspondante de 1973 (3 373 cas). Si cette augmentation se maintient tout au long de l'année, on peut s'attendre à un total de quelque 19 000 cas pour 1974.

(Based on/D'après: *The Ghana Monthly Epidemiological Bulletin*, April/avril 1974.)

MENINGOCOCCAL INFECTIONS

UNITED KINGDOM. — During the second quarter of 1974 there was a decline in the number of isolations of *Neisseria meningitidis* from cerebrospinal fluid (CSF) or blood, reported by laboratories in Scotland, compared with the first quarter. Fifty-seven strains were isolated compared with 78 in the first quarter.¹ The total of 65 strains from all sources is more than double the figure for the same quarter of 1973 (27), and brings the total for the first half of 1974 to 153 (135 from blood and/or CSF), compared with 56 (all from blood and/or CSF) in 1973.

Although the number of strains isolated by laboratories in the west of Scotland fell, the number isolated by laboratories in the east actually rose from 27 to 31.

Forty-four (77%) of the strains isolated from blood or CSF were forwarded to Ruchill Hospital for further examination, thus maintaining the detailed surveillance made possible by the cooperation of laboratories in Scotland. Twenty-five strains came from the west, and 19 from the east, giving a much more representative coverage than in the first quarter. The serogroups of strains examined are shown in *Table 1*.

INFECTIONS À MÉNINGOCOQUE

ROYAUME-UNI. — Pendant le deuxième trimestre de 1974, les laboratoires d'Ecosse ont isolé moins souvent qu'au cours du premier trimestre (57 contre 78) des souches de *Neisseria meningitidis* dans des prélèvements de liquide céphalo-rachidien (LCR) ou de sang.¹ Les 65 souches isolées dans des prélèvements de toutes origines représentent plus du double des isolements enregistrés pendant le trimestre correspondant de 1973 (27) et portent le total pour le premier semestre de 1974 à 153 (dont 135 à partir du sang et/ou du LCR), contre 56 (toutes à partir du sang et/ou du LCR) en 1973.

Alors que le nombre des souches isolées par les laboratoires de l'Ouest de l'Ecosse a diminué, celui des souches isolées dans l'Est est passé de 27 à 31.

Quarante-quatre (77%) des souches isolées dans le sang ou le LCR ont été transmises à l'hôpital Ruchill pour un examen plus poussé, assurant ainsi la surveillance suivie et détaillée rendue possible par la coopération des laboratoires d'Ecosse. Vingt-cinq souches provenaient de l'Ouest et 19 de l'Est, la couverture étant ainsi bien plus représentative qu'au premier trimestre. Le *Tableau 1* indique les sérogroupes des souches examinées.

Table 1. Serogroups of Strains of Meningococci isolated from Blood and/or CSF in Scotland, First and Second Quarters, 1974
Tableau 1. Sérogroupes des souches de méningocoques isolées dans le sang et/ou le LCR, premier et deuxième trimestres de 1974

Quarter Trimestre	Serogroup — Sérogruppe						Total
	A	B	C	Y	135	NT* — TI*	
First — Premier	9	45	3	1	1	—	59
Second — Deuxième	5	34	4	—	—	1	44
Total	14	79	7	1	1	1	103

* Not typable — Typage impossible.

Group B strains continued to predominate and, as in the first quarter, group A strains were only isolated in the west of Scotland.

The sensitivity of strains to sulphadiazine is given in *Table 2*.

Les souches du groupe B ont continué de prédominer et, comme au premier trimestre, celles du groupe A n'ont été isolées que dans l'Ouest de l'Ecosse.

Le *Tableau 2* indique la sensibilité des souches à la sulfadiazine.

Table 2. Sulphadiazine-Sensitivity of Meningococci Examined in Scotland in the Second Quarter of 1974
Tableau 2. Sensibilité à la sulfadiazine des méningocoques examinés en Ecosse au cours du deuxième trimestre de 1974

Group — Groupe	Resistant to (mg/100 ml) — Résistants à (mg/100 ml)		
	0.01 not 0.1 0,01 à < 0,1	0.1 not 1 0,1 < à 1	> 1
A	4	1	0
B	4	27	3
C	0	3	1
Not typable — Typage impossible .	1	0	0
Total	9 (20.5%)	31 (70.5%)	4 (9%)

The predominance of sulphonamide-resistant over sulphonamide-sensitive group A strains seen in the first quarter was not maintained but the pattern of resistance in group B strains is similar to that in the first quarter. The proportion of strains isolated from blood and/or CSF resistant, or partially resistant, to sulphonamides remained unchanged in the second quarter.

What was unexpected was that many of the 37 strains isolated from other sites (mainly sputum) and forwarded to Ruchill Hospital, were sensitive to sulphonamides. Only eight of these strains were reported in the CDS report. Fifty-seven per cent of the strains were fully sensitive and 37.7% partially resistant to sulphonamides bringing the over-all figures for strains from all sites to 37% fully sensitive, and 55.6% and 7.4% partially and fully resistant respectively. This difference in sensitivity to sulphonamides between strains of proven virulence and strains isolated from sputum or the naso-pharynx was noted also in those examined in the first quarter where six of 14 such strains were fully sensitive to sulphadiazine and none was fully resistant. Other workers have noted a difference in sulphonamide-sensitivity between strains of meningococci isolated from cases as opposed to those from carriers.

¹ See No. 29, p. 248.

La prédominance, observée au premier trimestre, des souches du groupe A résistantes aux sulfamides sur les souches sensibles ne s'est pas maintenue, mais, pour les souches du groupe B, le schéma de résistance est le même qu'au premier trimestre. La proportion des souches résistantes ou partiellement résistantes aux sulfamides parmi celles provenant du sang et/ou du LCR est demeurée inchangée au deuxième trimestre.

Contrairement aux prévisions, beaucoup des 37 souches isolées à partir d'autres prélèvements (principalement de crachats) et transmises à l'hôpital Ruchill étaient sensibles aux sulfamides. Huit seulement de ces souches ont été signalées dans le rapport CDS. Cinquante-sept pour cent de l'ensemble étaient totalement sensibles aux sulfamides et 37,7% partiellement résistantes. Ainsi, les chiffres globaux pour les souches de toutes origines s'établissent à 37% totalement sensibles, 55,6% partiellement résistantes et 7,4% totalement résistantes. Cette différence de sensibilité aux sulfamides entre les souches de virulence bien établie et les souches isolées à partir de crachats ou de prélèvements rhino-pharyngiens avait été observée également au premier trimestre: six de ces souches sur 14 étaient totalement sensibles à la sulfadiazine, mais aucune totalement résistante. D'autres chercheurs ont constaté une différence de sensibilité aux sulfamides entre les souches de méningocoques isolées chez les malades et celles provenant de porteurs.

¹ Voir N° 29, p. 248.

(Based on/D'après: *Communicable Diseases Scotland*, 1974, 74/37.)

ENTERIC INFECTIONS

UNITED STATES OF AMERICA. — During the XIX Pan American Sanitary Conference held in Washington, D. C., on 4 October, technical discussions were organized by the Department of Communicable Diseases on "Studies and strategies to reduce morbidity and mortality from enteric infections".

Working papers were presented on the following aspects: the present state of enteric infections; clinical diagnosis and treatment, including oral and intravenous rehydration; the laboratory in enteric disease control programmes; nursing care and assistance required in health services and in the community in the control of enteric infections; the significance of feeding and nutrition in the pathogeny and prevention of diarrheic processes; importance of environmental sanitation in the urban and rural environment in the control of enteric infections; studies needed to improve knowledge and reduce morbidity and mortality from enteric diseases; strategy to control intestinal infections. After the panel discussion, questions and comments were invited from the delegates.

Considering that the Ten Year Health Plan for the Americas recommended the reduction of present mortality from enteric infections by at least 50%, the measures recommended by the Conference to accomplish that purpose are as follows:

(1) Establish, in the context of the health services and with appropriate cooperation by other bodies, adequate coordination making for the smooth development of programmes for the prevention and early and effective treatment of enteric infections.

INFECTIONS INTESTINALES

ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE. — Au cours de la XIX^e Conférence sanitaire panaméricaine, qui s'est tenue à Washington (D.C.) le 4 octobre, des discussions techniques ont été organisées par le Département des Maladies transmissibles sur le thème « Etudes et stratégies visant à réduire la morbidité et la mortalité dues aux infections intestinales ».

Des documents de travail ont été présentés sur divers aspects du problème: situation actuelle des infections intestinales; diagnostic clinique et traitement, notamment réhydratation par voie orale et intraveineuse; rôle du laboratoire dans les programmes de lutte contre les maladies intestinales; assistance et soins infirmiers requis au niveau des services de santé et dans la collectivité pour combattre les infections intestinales; rôle de l'alimentation et de la nutrition dans la pathogénie et la prévention des processus diarrhéiques; importance de l'assainissement urbain et rural dans la lutte contre les infections intestinales; études nécessaires pour arriver à mieux connaître les maladies intestinales et à réduire la morbidité et la mortalité qui leur sont imputables; stratégie de la lutte contre les infections intestinales. Après avoir entendu les exposés, les délégués ont été invités à poser des questions et à présenter des observations.

Considérant que le plan décennal de santé pour les Amériques recommande de réduire d'au moins 50% la mortalité actuellement causée par les infections intestinales, la Conférence a préconisé les mesures suivantes pour atteindre cet objectif:

1) Réaliser dans le cadre des services de santé et avec la collaboration d'autres organismes la coordination voulue afin d'assurer le développement harmonieux de programmes pour la prévention ainsi que le traitement précoce et efficace des infections intestinales.

(2) Improve the system of statistical information with a view to obtaining reliable figures, in good time, reflecting as closely as possible morbidity and mortality rates due to enteric infections, with a view to developing and evaluating programmes based on a reasonably sound scientific methodology.

(3) Promote adequate education policies providing motivation to enlist community cooperation on a permanent basis in the control of enteric infections.

(4) Establish and consolidate, within the context of the existing health services and of an expeditious health care reorganization, activities implying a timely and effective response to the demand generated by enteric infections at the level of both ambulatory care (health care centres) and hospitalization (rehydration centres and hospital services in general). These activities should form an integral part of infant health programmes, and hence follow-up should be borne in mind, the patients being provided with special facilities for the strict supervision of their growth and development processes and improvement of their nutritional status.

(5) Ensure the supply of adequately trained and rationally distributed professional and auxiliary personnel.

(6) Assure the availability of facilities for laboratory diagnosis and for adequate supplies of drugs and other therapeutic apparatus (hydration equipment).

(7) Support efforts to achieve wider coverage of the following programmes: water supply (80% in urban and 50% in rural areas); adequate excreta disposal (70% in urban and 50% in rural areas); vector control and improvement in the preparation, handling and preservation of foodstuffs.

(8) Conduct studies directed toward discovering new methods for the treatment and control of enteric infections, with special attention to the problem of strains resistant to antibiotics.

(9) Establish an epidemiological surveillance system for enteric infections, particularly cholera, as part of the national surveillance system. However, it is not sufficient to compile, copy, tabulate and record the information obtained; it must be analyzed and used as a basis for planning and action, and the information interpreted must be transmitted in good time to all those who need to be informed. Mention was made of the tragic delay of a full year before the dysentery epidemic in Central America, which caused thousands of deaths, was recognized.

(10) Train personnel for the laboratory diagnosis and treatment of cholera, and take the necessary steps to assure availability of the antibiotics and rehydration agents necessary for the early treatment of cases of the disease.

(*Inf. epid. Sem. (Wash.), 1974, No. 44.*)

CHOLERA

PORTUGAL. — Portugal was declared free from cholera on 29 November 1974. The first cases of the disease were notified on 11 May, and from that date a total of 2 241 cases with only 38 deaths were reported. During this period, ten imported cases originating from Portugal were reported from five countries in Europe: Federal Republic of Germany three, France two, Spain one, Sweden one and the United Kingdom three.¹

¹ See Nos. 27, p. 233, 32, p. 270, 33, p. 280, 34, p. 286, 35, p. 298, 37, p. 311, 38, p. 324, 40, p. 337.

VACCINATION CERTIFICATE REQUIREMENTS FOR INTERNATIONAL TRAVEL

Amendment to 1974 publication

Saudi Arabia

In the note¹ concerning cholera vaccination certificate requirements during the season of periodic mass congregation (16 October 1974 to 12 January 1975) amend the period of validity of the certificate to read six months instead of three months.

¹ See No. 46, p. 387.

2) Améliorer le système d'information statistique afin d'obtenir en temps utile des données fiables qui rendent compte le plus fidèlement possible des taux de morbidité et de mortalité par infections intestinales, pour la conduite et l'évaluation de programmes reposant sur des bases scientifiques solides.

3) Promouvoir des politiques d'éducation adéquates qui puissent amener la collectivité à coopérer de façon permanente à la lutte contre les infections intestinales.

4) Mettre sur pied et développer, dans le cadre des services de santé existants et à la faveur d'une réorganisation rapide des soins médicaux, des activités permettant de répondre en temps utile et avec efficacité à la demande créée par les infections intestinales tant en ce qui concerne les soins ambulatoires (centres de santé) que l'hospitalisation (centres de réhydratation et services hospitaliers en général). Ces activités devraient faire partie intégrante des programmes de santé infantile et comprendre par conséquent la surveillance suivie des sujets, des dispositions spéciales étant prises pour le strict contrôle de la croissance et du développement et pour l'amélioration de l'état nutritionnel.

5) Faire en sorte que les effectifs voulus de personnel auxiliaire et professionnel soient convenablement formés et répartis de façon rationnelle.

6) Mettre en place les services nécessaires pour le diagnostic de laboratoire et pour la fourniture des quantités requises de médicaments et autres moyens thérapeutiques (matériel de réhydratation).

7) Soutenir les efforts visant à élargir la couverture des programmes suivants: approvisionnement en eau (80% des citadins et 50% des ruraux); élimination hygiénique des excréta (70% des citadins et 50% des ruraux); lutte contre les vecteurs et amélioration des méthodes suivies pour la préparation, la manipulation et la conservation des denrées alimentaires.

8) Rechercher de nouveaux moyens pour traiter et combattre les infections intestinales, en s'attachant tout particulièrement au problème des souches résistantes aux antibiotiques.

9) Mettre sur pied un système de surveillance épidémiologique des infections intestinales, en particulier du choléra, dans le cadre du système national de surveillance. Il ne suffit pas toutefois de rassembler, recopier, mettre en tableaux et consigner les renseignements obtenus; il faut aussi les analyser et s'en servir pour la planification et la conduite d'actions concrètes, étant entendu que les renseignements, une fois interprétés, doivent être transmis en temps utile à tous ceux qui en ont besoin. On a évoqué à ce propos le délai tragique d'une année entière qui s'est écoulé entre l'apparition de l'épidémie de dysenterie en Amérique centrale — laquelle a provoqué des milliers de décès — et le moment où cette épidémie a été reconnue.

10) Former du personnel aux méthodes de diagnostic en laboratoire et du traitement du choléra, et prendre les mesures nécessaires afin d'assurer la fourniture des antibiotiques et des agents de réhydratation voulus pour le traitement précoce des malades.

CHOLÉRA

PORTUGAL. — Le Portugal a été déclaré exempt de choléra le 29 novembre 1974. Les premiers cas avaient été notifiés le 11 mai; depuis cette date il en a été enregistré 2 241 au total, dont 38 seulement ont été mortels. Pendant cette période dix cas importés du Portugal ont été signalés dans cinq pays d'Europe: Espagne (un), France (deux), République fédérale d'Allemagne (trois), Royaume-Uni (trois), Suède (un).¹

¹ Voir Nos. 27, p. 233, 32, p. 270, 33, p. 280, 34, p. 286, 35, p. 298, 37, p. 311, 38, p. 324, 40, p. 337.

CERTIFICATS DE VACCINATION EXIGÉS DANS LES VOYAGES INTERNATIONAUX

Amendement à la publication de 1974

Arabie Saoudite

Dans la note¹ concernant les certificats de vaccination anticholérique exigés pendant la saison des grands rassemblements périodiques (16 octobre 1974-12 janvier 1975) corriger l'indication relative à la période de validité du certificat, celle-ci étant de six mois et non de trois mois.

¹ Voir N° 46, p. 387.

DISEASES SUBJECT TO THE REGULATIONS — MALADIES SOUMISES AU RÈGLEMENT
Infected Areas as on 5 December 1974 — Zones infectées au 5 Décembre 1974

For criteria used in compiling this list, see No. 37, page 316 — Les critères appliqués pour la compilation de cette liste sont publiés dans le N° 37, à la page 316.
 x Newly reported areas — Nouvelles zones signalées.

<p>PLAGUE — PESTE</p> <p>Africa — Afrique</p> <p>MADAGASCAR <i>Fianarantsoa Province</i> <i>Ambalavao S. Pref.</i> x Ambalavao Canton <i>Ambatofinandrahana S. Pref</i> x Soavina Canton <i>Ambositra S. Pref.</i> Ambatomarina Canton x Ambositra Canton <i>Fianarantsoa S. Pref.</i> x Andoharanomaintsoa Canton <i>Tananarive Province</i> <i>Manjakandriana S. Pref.</i> x Ambohitrandriamanitra Canton <i>Soavinandriana S. Pref.</i> Mananasy Canton</p> <p>SOUTHERN RHODESIA RHODÉSIE DU SUD <i>Matabeleland</i> Lupane District Wankie District</p> <p>ZAIRE — ZAÏRE <i>Kivu Province</i> Beni Territory</p> <p>America — Amérique</p> <p>BOLIVIA — BOLIVIE <i>La Paz Department</i> Nor Yungas Province</p> <p>BRAZIL — BRÉSIL <i>Bahia State</i> x Água Fria Município x Antônio Cardoso Município Biritinga Município Caem Município x Candeal Município x Castro Alves Município Conceição do Coite Município Coração de Maria Município Feira de Santana Município Ibiquera Município Itaberaba Município Jacobina Município Macajuba Município Poços Município Queimadas Município Retiroândia Município x Riachão do Jacuípe Município x Ribeira do Pombal Município Santa Bárbara Município x Santaluz Município x Santanópolis Município x Santa Teresinha Município Serrinha Município Tanquinho Município Teofilândia Município Valente Município <i>Ceará State</i> Guaraciaba do Norte Município Ipu Município Ipueriras Município Jardim Município Poranga Município Tianguá Município <i>Pernambuco State</i> x Exu Município</p> <p>PERU — PÉROU <i>Lambayeque Department</i> <i>Lambayeque Province</i> Motupe District</p> <p>UNITED STATES OF AMERICA ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE <i>New Mexico State</i> Los Alamos County McKinley County Rio Arriba County Santa Fe County</p>	<p>Asia — Asie</p> <p>VIET-NAM REP. Kontum Province Phu-Bon Province Quang-Nam Province Tay-Ninh Province</p> <hr/> <p>CHOLERA — CHOLÉRA</p> <p>Africa — Afrique</p> <p>ANGOLA <i>Benguela District</i> Benguela Concelho & Deleg. S.</p> <p>CAMEROON — CAMEROUN <i>Cameroun Oriental</i> Kribi Département Sanaga-Maritime Département Wouri Département</p> <p>CHAD — TCHAD N'Djamena Cap. (A) Chari-Baguirmi Préfecture</p> <p>DAHOMEY Atlantique Département Ouémé Département</p> <p>GHANA Central Region Greater Accra (excl. PA) Region</p> <p>LIBERIA — LIBÉRIA Montserrado County</p> <p>MALAWI <i>Central Region</i> Dowa District Lilongwe District Ncheu District Nkota Kota District <i>Northern Region</i> Karonga District Nkhara Bay District <i>Southern Region</i> Blantyre District Chikwawa District Chiradzulu District Mangochi District Mwanza District Thyolo District Zomba District</p> <p>MALI <i>Mopti Region</i> Mopti Cercle</p> <p>MOZAMBIQUE <i>Lourenço Marques District</i> Lourenço Marques Deleg. S. (excl. Lourenço Marques (PA)) <i>Manica & Sofala District</i> Manica Deleg. S.</p> <p>NIGER <i>Niamey Département</i> Niamey Arrondissement</p> <p>NIGERIA — NIGÉRIA <i>North-Central State</i> Katsina Province <i>Western State</i> Ibadan Province</p> <p>SOUTHERN RHODESIA RHODÉSIE DU SUD <i>Manicaland</i> Chipinga District <i>Mashonaland</i> x Darwin District <i>Victoria Province</i> Chiredzi District Nuanetsi District</p> <p>UPPER VOLTA — HAUTE-VOLTA Ouagadougou Cap. (A) Gourcy Cercle</p>	<p>Koudougou Cercle Ouagadougou Cercle Zinarié Cercle</p> <p>Asia — Asie</p> <p>BANGLADESH <i>Chittagong Division</i> Chittagong District Chittagong Hill Tract District Comilla District Sylhet District <i>Dacca Division</i> Dacca District¹ Faridpur District Mymensingh District <i>Khulna Division</i> Bakerganj (Barisal) District Jessore District Khulna District Kushtia District Patuakhali District <i>Rajshahi Division</i> Bogra District Dinajpur District Fahna District Rajshahi District Rangpur District</p> <p>¹ Excluding airport and controlled area established to accommodate those persons proceeding on 1974/75 pilgrimage to Mecca/Non compris l'aéroport et la zone contrôlée réservée aux personnes qui participent au pèlerinage de la Mecque de 1974/75.</p> <p>BURMA — BIRMANIE <i>Arakan Division</i> Akyab District <i>Magwe Division</i> Magwe District Mmbu District <i>Mandalay Division</i> Kyaukse District <i>Pegu Division</i> Pegu District <i>Sagaing Division</i> x Monywa District Sagaing District <i>Tenasserim Division</i> Mergui District Moulmein District Thatôn District</p> <p>INDIA — INDE Calcutta (P) (excl. A) Cochin (P) Delhi (excl. A) Madras (P) (excl. A) Nagpur (A) Visakhapatnam (P) <i>Andhra Pradesh State</i> Adilabad District Anantapur District Cuddappah District East Godavari District Hyderabad District Krishna District Nellore District Nizamabad District Srikakulam District Visakhapatnam District Warangal District West Godavari District <i>Delhi Territory</i> <i>Kerala State</i> Ernakulam District</p>	<p><i>Madhya Pradesh State</i> Bhilsa (Vidisha) District Damoh District Gwalior D.: Gwalior Shahdol District</p> <p><i>Maharashtra State</i> Buldhana District Dhulia District Jalgaon District Nagpur District Nasik District Poona District Sangli District Sholapur District <i>Mysore State</i> Bangalore District Hassan District Kolar District Mandya District North Kanara District Shimoga District South Kanara District <i>Orissa State</i> Balasore District Ganjam District <i>Rajasthan State</i> Alwar District Tonk District Udaipur District <i>Tamil Nadu State</i> Chingleput District Coimbatore District Kanyakumari District Madurai District North Arcot District Salem District South Arcot District Tiruchirappalli District <i>Uttar Pradesh State</i> Lucknow District Meerut District Pratappgarh District <i>West Bengal State</i> Burdwan District 24-Parganas District</p> <p>INDONESIA — INDONÉSIE <i>Jakarta Raya (Java) Province</i> Jakarta Barat Municipality Jakarta Pusat (A) Municipality (excl. Kemayoran airport) Jakarta Selatan Municipality (excl. Jakarta temporary quarantine station) Jakarta Timur Municipality (excl. Halim Perdanakusumah airport) Jakarta Utara (P) Municipality <i>Aceh (Sumatera) Province</i> Aceh Timur Regency <i>Bali Province</i> Badung (P) Regency (excl. Nugrah Ra airport) Bangli Regency Buleleng (P) Regency Gianyar Regency Jembrana Regency Karangasam Regency Klungkung (P) Regency Tabanan Regency <i>Irian Barat Province</i> Jayapura (PA) Regency Teluk Cendrawasih Regency <i>Jambi Province</i> Jambi (P) Municipality Kerinci Regency Sarolangun Bangko Regency Tanjung Jabung Regency <i>Java Barat Province</i> Bandung Municipality Bandung Regency Bekasi Regency Bogor Regency</p>
--	---	---	--

Ciamis Regency
Cianjur Regency
Cirebon (P) Municipality
Cirebon Regency
Garut Regency
Indramayu Regency
Krawang Regency
Kuningan Regency
Lebak Regency
Majalengka Regency
Pandeglang Regency
Purwakarta Regency
Serang Regency
Subang Regency
Sukabumi Municipality
Sukabumi Regency
Sumedang Regency
Tangerang Regency
Tasikmalaya Regency

Jawa Tengah Province

Banyumas Regency
Batang Regency
Boyolali Regency
Brebes Regency
Cilacap (P) Regency
Demak Regency
Grobogan Regency
Jepara Regency
Karanganyar Regency
Kebumen Regency
Kendal Regency
Klaten Regency
Kudus Regency
Pati Regency
Pekalongan (P) Municipality
Pekalongan Regency
Pemalang Regency
Rembang Regency
Semarang (P) Municipality
Semarang Regency
Sukoharjo Regency
Surakarta Municipality
Tegal (P) Municipality
Tegal Regency

Jawa Timur Province

Blitar Regency
Bondowoso Regency
Jember Regency
Jombang Regency
Kediri Municipality
Lamongan Regency
Madiun Municipality
Madiun Regency
Magetan Regency
Malang Municipality
Pasarumpun (P) Regency
Pasuruan Regency
Probolinggo (P) Municipality
Probolinggo Regency
Surabaya (P) Municipality

Kalimantan Selatan Province

Banjarmasin (P) Municipality
Barito Kuala Regency
Hulu Sungai Utara Regency
Tabalong Regency
Tanah Laut Regency

Lampung (Sumatera) Province

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

Malaku Province

Maluku Tengah Regency

Nusatenggara Barat Province

Lombok Barat (P) Regency
Lombok Tengah Regency
Lombok Timur Regency

Riau (Sumatera) Province

Indragiri Hulu Regency

Sulawesi Selatan Province

Bone Regency
Gowa Regency
Jeneponto Regency
Majene Regency
Maros (A) Regency
Pangkajene Regency
Sidenreng/Rappang Regency
Soppeng Regency
Ujung Pandang (P) Municipality
Wajo Regency

Sulawesi Tengah Province

Buol/Tolitoli Regency
Donggala Palu (P) Regency

Sulawesi Tenggara Province

Buton Regency
Kendari (P) Regency
Muna Regency

Sulawesi Utara Province

Gorontalo (P) Municipality
Manado (P) Municipality

Sumatera Barat Province

Padang (P) Municipality
Padang Pariaman Regency
Pasaman Regency
Pesisir Selathan Regency

Sumatera Utara Province

Asahan Regency
Dairi Regency
Deli Serdang (P) Regency
Labuhanbatu Regency
Langkat Regency
Medan Municipality (excl. Polonia airport and Medan temporary quarantine station)
Sibolga (P) Municipality
Tanjung Balai Municipality
Tapanuli Selatan Regency
Tapanuli Utara Regency

Yogyakarta (Jawa) Province

Bantul (A) Regency
Kulonprogo Regency
Yogyakarta Municipality

**KHMER REPUBLIC
RÉPUBLIQUE KHMÈRE**

Phnom-Penh Cap. (PA)
Kampot Province
Kandal Province
Kompong-Speu Province

MALAYSIA — MALAISIE

*Sarawak
Kuching Division*

Kuching District
Upper Sadong (Serian) District

West Malaysia

Penang State

Southern Province
Wellesley Health District

Trengganu State

Kuala Trengganu Health District

NEPAL — NÉPAL

Bagmati Zone

Bhaktapur District
Katmandu District
Lalitpur District

PHILIPPINES

Manila (P) (excl. A)

Luzon Group

Bulacan Province
Cagayan Province
Cavite Province
Laguna Province
Rizal Prov. (excl. Manila airport)

Visayas Group

Negros occid. Prov : Bacolod

SRI LANKA

Colombo City
Anuradhapura Health Division
Badulla Health Division
Batticaloa Health Division
Colombo Health Division
Galle Health Division
Jaffna Health Division
Kulutura Health Division
Kandy Health Division
Kegalla Health Division
Kurunegala Health Division
Matale Health Division
Matara Health Division

Puttalam Health Division
Ratnapura Health Division
Vavuniya Health Division

THAILAND — THAÏLANDE

Bangkok (excl. PA)
Bangkok (Phra Nakhon) Province
Chachoengsao Province
Chaiyaphum Province
Chanthaburi Province
Chon Buri Province
Nakhon Pathom Province
Nonthaburi Province
Pathum Thani Province
Samut Prakan Province
Samut Sakhon Province
Saraburi Province
Thon Buri Province
Trang Province

YELLOW FEVER — FIÈVRE JAUNE

Africa — Afrique

ANGOLA

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
Ayopaya Province
La Paz Department

BRAZIL — BRÉSIL

Mato Grosso State
Cáceres Municipio
Coxim Municipio
Jardim Municipio
Ladário Municipio

Para State

Gurupa Municipio
Itupiranga Municipio
Tome-Açu Municipio

COLOMBIA — COLOMBIE

Antioquia Department
Sonson Municipio

Meta Intendencia

Paretebueno Municipio
Puerto Lopez Municipio
San Martín Municipio

Vaupès Comisoria

Miraflores Municipio

SMALLPOX — VARIOLE

Africa — Afrique

ETHIOPIA — ÉTHIOPIE

Asia — Asie

BANGLADESH

Chittagong Division

Chittagong Hill Tract District
Sylhet District

Dacca Division

Dacca District
Mymensingh District
Tangail District

x *Khulna Division*

Rajshahi Division

Bogra District
Dinajpur District
Rangpur District

INDIA — INDE

Allahabad (A)
Lucknow (A)

Assam State

Darrang District
Goalpara District
Kamrup District
Lakhimpur District
Nowgong District
Sibsagar District

Bihar State

Aurangabad District
Beghusrari District
Bhagalpur District
Bhojpur District
Champaran East District
Champaran West District
Darbhanga District
Dhanbad District
Dumka District
Gaya District
Giridih District
Hazariabagh District
Kathar District
Madhubani District
Monghyr District
Muzaffarpur District
Nalanda District
Nawada District
Palamau District
Patna District
Purnea District
Ranchi District
Rohtas District
Saharsa District
Samastipur District
Singhbhum District
Sitamarhi District
Siwan District

Maharashtra State

x Sangli District

Meghalaya State

Garo Hills District

Orissa State

Sundergarh District

Uttar Pradesh State

Aligarh District
Allahabad District
Azamgarh District
Bahraich District
Bara Banki District
Bareilly District
Basti District
Budaun District
Dehra Dun District
Deoria District
Gonda District
Gorakhpur District
Hamirpur District
Hardoi District
Jaunpur District
Kheri District
Lucknow District
Mirzapur District
Moradabad District
Pilibhit District
Rampur District
Shahjahanpur District
Unnao District
Varanasi District

West Bengal State

Burdwan District
Cooch Behar District
Darjeeling District
Midnapur District
Murshidabad District
24-Parganas District
West Dinajpur District

NEPAL — NÉPAL

Koshi Zone

Morang District

Areas Removed from the Infected Area List between 29 November and 5 December 1974
Territoires supprimés de la liste des zones infectées entre les 29 novembre et 5 décembre 1974

For criteria used in compiling this list, see No. 37, page 316 — Les critères appliqués pour la compilation de cette liste sont publiés dans le N° 37, à la page 316.

<p>PLAGUE — PESTE</p> <p>Asia — Asie</p> <p>VIET-NAM REP. Binh-Thuan Province Darlac Province Pleiku Province</p> <p>CHOLERA — CHOLÉRA</p> <p>Africa — Afrique</p> <p>ANGOLA Luanda Cap. (PA)</p>	<p>CAPE VERDE ISLANDS ÎLES DU CAP-VERT</p> <p>Sal Island São Vicente Island</p> <p>UPPER VOLTA — HAUTE VOLTA</p> <p>Garango Cercle Saponé Cercle</p> <p>Asia — Asie</p> <p>MALAYSIA — MALAISIE</p> <p>West Malaysia Penang State North-East Penang Health District</p>	<p>Northern Province Wellesley Health District</p> <p>SMALLPOX — VARIOLE</p> <p>Asia — Asie</p> <p>INDIA — INDE</p> <p>Bihar State Gopalganj District Saran District Vaishali District Delhi Territory Jammu & Kashmir State¹ Srinagar District</p>	<p>Uttar Pradesh State Ballia District</p> <p>West Bengal State Purulia District</p> <p>¹ Data concerning areas the final status of which has not been determined/Données concernant des zones dont le statut définitif n'a pas encore été déterminé.</p>
---	--	--	--

INFLUENZA

FRANCE (information dated 29 November 1974). —¹ In addition to the outbreak reported in Paris last week, a localized outbreak has been observed in Troyes (150 kms. south-east of Paris), where three strains of a virus antigenically close to A/Port Chalmers/1/73 have been isolated.

SPAIN (information dated 22 November 1974). — A small epidemic of influenza-like illness in and around Madrid, affecting about 0.5% of the general population, has been observed since 18 November. All age groups, but mostly adults, are involved.

Four strains of virus A have been isolated. Three of them were identified and appeared to be antigenically similar to A/Port Chalmers/1/73.

SWITZERLAND (information dated 30 November 1974). —¹ Although the number of notifications of cases of influenza-like illness has not been high so far for the whole of the country, four strains of virus A have been isolated in St. Gall. Two of them were identified and appeared to be antigenically similar to A/Port Chalmers/1/73.

Serological evidence of infection with virus A has been obtained in several persons, following a small outbreak which occurred in an institution in St. Gall, as well as in a few persons from different other areas in Switzerland.

¹ See No 48, p. 402.

GRIPPE

FRANCE (information en date du 29 novembre 1974). —¹ En plus de la poussée signalée à Paris la semaine dernière, une poussée localisée a été observée à Troyes (150 kms au sud-est de Paris), où l'on a isolé trois souches d'un virus proche au point de vue antigénique de A/Port Chalmers/1/73.

ESPAGNE (information en date du 22 novembre 1974). — A Madrid et dans la région, on observe depuis le 18 novembre une petite épidémie d'affections d'allure grippale qui affecte environ 0,5% de la population. Elle atteint tous les groupes d'âge, mais surtout les adultes.

On a isolé quatre souches de virus A. Trois d'entre elles furent identifiées et se montrèrent semblables au point de vue antigénique à A/Port Chalmers/1/73.

SUISSE (information en date du 30 novembre 1974). —¹ Bien que le nombre des notifications de cas d'affections d'allure grippale n'ait pas été élevé jusqu'ici pour l'ensemble du pays, quatre souches de virus A ont été isolées à Saint-Gall. Deux d'entre elles ont été identifiées et se sont montrées semblables au point de vue antigénique à A/Port Chalmers/1/73.

Des infections récentes à virus A ont été mises en évidence par les examens sérologiques chez plusieurs personnes à la suite d'une petite poussée qui se produisit dans une institution de Saint-Gall, ainsi que chez quelques personnes habitant d'autres régions de Suisse.

¹ Voir N° 48, p. 402.

INTERNATIONAL HEALTH REGULATIONS (1969)
RESERVATIONS TO THE ADDITIONAL REGULATIONS
OF 23 MAY 1973 AMENDING THE INTERNATIONAL
HEALTH REGULATIONS (1969)

The Twenty-seventh World Health Assembly considered the reservations submitted by countries, particularly with respect to the requiring of a cholera vaccination certificate.

In accordance with resolution WHA27.47, the countries concerned were advised that the reservations were not approved and, in the interest of facilitating international travel, were invited to withdraw these reservations.

In a letter to the Director-General of 6 August 1974 the Minister of Social Services of Greece formally notified the withdrawal of its reservations and Greece thereby on that date became bound by the International Health Regulations (1969) as amended.

RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL (1969)
RÉSERVES AU RÈGLEMENT ADDITIONNEL DU
23 MAI 1973 MODIFIANT LE RÈGLEMENT
SANITAIRE INTERNATIONAL (1969)

La Vingt-Septième Assemblée mondiale de la Santé a examiné les réserves formulées par les pays, touchant en particulier l'obligation pour les voyageurs de présenter un certificat de vaccination anticholérique.

En vertu de la résolution WHA27.47, les pays intéressés ont été avisés que ces réserves n'étaient pas approuvées et, pour faciliter les voyages internationaux, ils ont été invités à les retirer.

Par lettre du 6 août 1974, adressée au Directeur général, le Ministre des Services sociaux de Grèce a officiellement notifié le retrait des réserves et la Grèce est ainsi devenue, à cette date, liée par le Règlement sanitaire international (1969) tel qu'il a été modifié.

PORTS DESIGNATED IN APPLICATION
OF THE INTERNATIONAL HEALTH REGULATIONS

Amendments to 1974 publication

United Kingdom — Royaume-Uni

Delete — Supprimer:

Opposite — En face de:
King's Lynn

Insert — Insérer:

Wisbech

PORTS NOTIFIÉS EN APPLICATION
DU RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL

Amendements à la publication de 1974

D	EX	Observations
		Deratting Exemption Certificates issued also for the port of Wisbech. Certificats d'exemption de la dératisation délivrés également pour le port de Wisbech.
	X	