



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)

## ELEVÉ 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 Téléc 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

10 JANUARY 1975

50<sup>th</sup> YEAR — 50<sup>e</sup> ANNÉE

10 JANVIER 1975

### REPORT ON A MEETING OF SURVEILLANCE OF POLIOMYELITIS

Paralytic poliomyelitis is one of the diseases which by virtue of the World Health Assembly Resolution WHA22.47 is subject to international surveillance.

During 1972, a WHO-Assisted Pilot Programme for Intensified Surveillance of Poliomyelitis was initiated with the participation of countries from several WHO Regions. A Technical Guide for a System of Poliomyelitis Surveillance<sup>1</sup> was prepared, and was used by all participating Member States to ensure uniform procedures and comparability of the collected data. This Guide was tested for its usefulness during 1973 and the first half of 1974. Data covering this period were evaluated at a WHO meeting held in Geneva in November 1974. The programme is a practical attempt to improve surveillance and control of poliomyelitis and to provide guidelines for Member States of WHO that could be adjusted to the varied epidemiological situations of the disease.

During the meeting, the participants recognized that the ever-increasing movement of people between countries fosters the transmission of enteric infections such as poliomyelitis. The exchange of epidemiological information between countries through an international surveillance programme is highly desirable in trying to control such spread.

As a general rule epidemiological surveillance of communicable diseases becomes increasingly complex as the incidence rate declines. In areas where poliomyelitis is endemic or still occurs in epidemic forms, symptom surveillance of cases plays an important role in the early detection of the disease. On the other hand, in areas where the disease has been eliminated or the incidence is extremely low, the main concern is to ensure that the highest possible proportion of the population has a favourable immune status through proper vaccination.

The participants of the meeting recommended the following:

1. There is a need for improved national and international notification and epidemiological surveillance of poliomyelitis making the fullest possible use of laboratory data.

<sup>1</sup> See No. 20, 1971, p. 198.

### RAPPORT SUR UNE RÉUNION DE SURVEILLANCE DE LA POLIOMYÉLITE

La poliomyélite paralytique est l'une des maladies qui, en application de la résolution WHA22.47 de l'Assemblée mondiale de la Santé, fait l'objet d'une surveillance internationale.

En 1972, un programme pilote de surveillance intensifiée de la poliomyélite soutenu par l'OMS a été mis en route avec la participation de pays appartenant à plusieurs Régions de l'Organisation. D'autre part, un Guide technique pour un système de surveillance de la poliomyélite<sup>1</sup> a été établi et utilisé par tous les Etats Membres participants pour assurer l'uniformité des méthodes appliquées et la comparabilité des données recueillies. L'utilité de ce guide a été éprouvée en 1973 et pendant le premier semestre de 1974, et les données relatives à cette période ont été évaluées lors d'une réunion organisée par l'OMS à Genève en novembre 1974. Conçu de façon pratique, le programme vise à améliorer la surveillance et le contrôle de la poliomyélite, notamment en énonçant à l'intention des Etats Membres de l'OMS des principes directeurs dont ils peuvent s'inspirer sans pour autant méconnaître la spécificité des conditions épidémiologiques locales.

Au cours de la réunion, les participants ont reconnu que l'accroissement constant des mouvements internationaux de population favorise la transmission d'infections intestinales comme la poliomyélite. Pour faire face à cette situation, il est hautement souhaitable que les pays puissent procéder à des échanges de renseignements épidémiologiques dans le cadre d'un programme international de surveillance.

En règle générale, la surveillance épidémiologique des maladies transmissibles devient de plus en plus complexe à mesure que baisse le taux d'incidence. Dans les régions où la poliomyélite est endémique ou se présente encore sous forme épidémique, la surveillance symptomatique des cas joue un rôle important dans le dépistage précoce de la maladie. Par contre, dans les régions où la maladie a été éliminée ou dans lesquelles son incidence est extrêmement faible, il faut avant tout faire en sorte qu'une proportion aussi élevée que possible de la population soit protégée par des mesures appropriées de vaccination.

Les participants ont formulé les recommandations ci-après:

1. Il est nécessaire, tant sur le plan national qu'international, d'améliorer la notification et la surveillance épidémiologique de la poliomyélite en tirant parti au maximum des données de laboratoire disponibles.

<sup>1</sup> Voir N° 20, 1971, p. 198.

Epidemiological notes contained in this number:

**Cholera, Encephalitis Surveillance, Human Plague, Influenza, International Health Regulations (1969), Meningococcal Meningitis, Poliomyelitis Surveillance, Syphilis, Tetanus.**

**List of Newly Infected Areas, p. 10.**

Informations épidémiologiques contenues dans ce numéro:

**Choléra, grippe, méningite à méningocoque, peste humaine, règlement sanitaire international (1969), surveillance de l'encéphalite, surveillance de la poliomyélite, syphilis, tétanos.**

**Liste des zones nouvellement infectées, p. 10.**

2. Epidemiological surveillance should be organized on a practical basis, and information essentially required for prompt and adequate intervention should be collected.

3. It is recommended that WHO should revise the Technical Guide for a System of Poliomyelitis Surveillance in the light of experience gained in the pilot programme. A new report form was designed (*Fig. 1*) and it is suggested that this should be used for international reporting to WHO.

4. International poliomyelitis surveillance is based on adequate national surveillance. It is, therefore, considered important that national health administrations should develop national surveillance guides taking into account local conditions such as the epidemiological situation and availability of resources. In preparing a national technical guide attention should be paid, in addition to surveillance of cases, to the vaccination coverage, surveillance of immunity status of population and circulation of virus in the environment. Such national guidelines may usefully be based on the principles that will be contained in a revised WHO technical guide.

5. An improvement in the exchange of information and experiences between the countries mainly through WHO is required, even more so because of the ever-increasing volume of international travel throughout the world.

(Continued on page 3)

2. La surveillance épidémiologique devrait être organisée de façon pratique, et il importe de recueillir les renseignements indispensables pour pouvoir prendre sans délai les mesures qui s'imposent.

3. Il serait bon que l'OMS révisé le Guide technique pour un système de surveillance de la poliomyélite afin de tenir compte de l'expérience acquise dans le cadre du programme pilote. On a mis au point une nouvelle formule de rapport (*Fig. 1*) qu'il conviendrait d'utiliser pour la notification internationale des cas à l'OMS.

4. La surveillance de la poliomyélite ne saurait être efficace à l'échelon international si elle ne l'est pas d'abord à l'échelon national. Il importe donc que les administrations sanitaires nationales établissent des guides techniques de surveillance conçus en fonction des conditions locales (situation épidémiologique et ressources disponibles, par exemple) et portant, non seulement sur la surveillance des cas, mais aussi sur la couverture vaccinale, la surveillance de l'état immunitaire de la population et la circulation du virus dans l'environnement. A cet effet, elles pourront utilement s'inspirer des principes qui seront énoncés dans une édition révisée du guide technique de l'OMS.

5. Il est indispensable, en particulier du fait de l'intensification sans cesse croissante des voyages internationaux dans le monde entier, d'améliorer les échanges d'informations entre les pays, principalement par le canal de l'OMS.

(Suite page 3)

## ENCEPHALITIS SURVEILLANCE FOR THE AMERICAS

### Conference on Equine Encephalitis Vaccines

The "International Conference on Vaccines against Venezuelan Equine Encephalitis and other Viruses of Equine Encephalitis" was held in the city of Maracay, Venezuela, during the period 12 to 16 August 1974.

The meeting was held under the auspices of the Pan American Health Organization, with the collaboration of the Ministry of Health and Social Welfare, and of the Ministry of Agriculture and Livestock Development of Venezuela.

The following countries were represented at the Conference: Argentina, Colombia, Cuba, Ecuador, Mexico, Panama, Peru, United States of America, Uruguay and Venezuela; staff officers of the Pan American Health Organization from headquarters and zone level, from zone and country projects and from the Pan American Zoonoses Center, also participated.

Various interesting presentations were made on problems relating to the use of presently available vaccines against equine encephalitis: Venezuelan (VEE), Western (WEE) and Eastern (EEE). Representatives from laboratories producing vaccine, both official and commercial, detailed the methods employed in the preparation and control of these vaccines. Reports were made by representatives from official laboratories charged with control of such vaccines, on how such control is being exercised.

It was made quite clear during the proceedings of the conference that such discussion was most timely and necessary. It was proven that there was a great disparity between the methods followed in the different laboratories, not only in respect of vaccine production, but also in effecting control.

It was shown, as had been suspected, that in several laboratories, documentation and identification of the virus strains being used, were practically non-existent. It was also brought out that large quantities of vaccine are prepared and distributed, without knowledge of the official agencies charged with control and authorization for sale. This fact can thus explain, at least in part, why data on some vaccine production do not appear in the epidemiological surveillance report, since no information on this had been made to the Center.

After frank discussion, a series of recommendations were adopted. These will no doubt ensure that vaccine for use in the future against equine encephalitis can be innocuous, safe and efficient.

The final report of the Conference will be published in the near future by the Pan American Zoonoses Center.

(*Vigilancia Epidemiológica, Centro Panamericano de Zoonosis, Vol. III, No. 7, 1974.*)

## SURVEILLANCE DE L'ENCÉPHALITE DANS LES AMÉRIQUES

### Conférence sur les vaccins contre l'encéphalite équine

La Conférence internationale sur les vaccins contre l'encéphalite équine vénézuélienne et d'autres formes d'encéphalite équine a eu lieu à Maracay, au Venezuela, du 12 au 16 août 1974.

La réunion s'est tenue sous les auspices de l'Organisation panaméricaine de la Santé, avec la collaboration du Ministère de la Santé et des Affaires sociales ainsi que du Ministère de l'Agriculture et de l'Élevage du Venezuela.

Y étaient représentés les pays suivants: Argentine, Colombie, Cuba, Equateur, Etats-Unis d'Amérique, Mexique, Panama, Pérou, Uruguay et Venezuela; des fonctionnaires de l'Organisation panaméricaine de la Santé représentant le Siège, les bureaux de zone, les projets à l'échelon zone et pays, ainsi que le Centre panaméricain des Zoonoses ont également participé aux travaux.

D'intéressants exposés ont été présentés sur les problèmes relatifs à l'utilisation des vaccins actuellement disponibles contre l'encéphalite équine: vénézuélienne (VEE), de l'Ouest (WEE) et de l'Est (EEE). Des représentants de laboratoires producteurs de vaccins, du secteur privé aussi bien que public, ont décrit en détail les méthodes employées pour la préparation et le contrôle de ces vaccins. Des délégués des laboratoires officiels de contrôle des vaccins ont expliqué comment ils procédaient aux contrôles.

Les travaux de la Conférence ont fait clairement apparaître que des discussions sur ces sujets étaient nécessaires et venaient à point nommé. On a constaté qu'il existait une grande disparité dans les méthodes suivies par les différents laboratoires, non seulement pour la production mais aussi pour le contrôle des vaccins.

Il s'est avéré — comme on le soupçonnait — que dans plusieurs laboratoires la documentation sur les souches de virus utilisées et sur leur identité était pratiquement inexistante. Il est apparu en outre que de grandes quantités de vaccin étaient préparées et distribuées à l'insu des organismes officiels chargés de contrôler les vaccins et de délivrer les autorisations de mise en vente. C'est ce qui explique, en partie du moins, que le rapport de surveillance épidémiologique ne fournisse pas de renseignements sur la production de certains vaccins, le Centre n'ayant pas reçu de données à ce sujet.

Après une discussion franche, les participants ont adopté une série de recommandations qui, sans aucun doute, contribueront à assurer dans l'avenir l'innocuité, la sécurité et l'efficacité des vaccins utilisés contre l'encéphalite équine.

Le rapport final de la Conférence sera publié prochainement par le Centre panaméricain des Zoonoses.

Fig. 1

INTERNATIONAL POLIOMYELITIS SURVEILLANCE  
SURVEILLANCE INTERNATIONALE DE LA POLIOMYÉLITE

REPORTING COUNTRY: \_\_\_\_\_ QUARTER: \_\_\_\_\_ YEAR: \_\_\_\_\_  
PAYS: \_\_\_\_\_ TRIMESTRE: \_\_\_\_\_ ANNÉE: \_\_\_\_\_

I CASES NOTIFIED CAS NOTIFIÉS	Age Group (Years) Groupe d'âge (en années)	Number of Clinically Suspected Cases of Paralytic Poliomyelitis Nombre de cas cliniquement suspects de poliomyélite paralytique						
		Laboratory Results (a) Résultats de laboratoire (a)				No Virology Tests Done Pas d'épreuve virologique (b)	Total No. of Cases Nombre total de cas (c)	No. with Residual Paralysis Nombre de cas avec paralyse résiduelle (d)
		Type			Negative Négatifs			
		1	2	3				
	<1 . . . . .							
	1-4 . . . . .							
	5-9 . . . . .							
	10-14 . . . . .							
	15-19 . . . . .							
	>20 . . . . .							
	Unknown — Inconnu . .							
	TOTAL . . . . .							
II	EPIDEMIOLOGICAL REMARKS: — REMARQUES ÉPIDÉMIOLOGIQUES:							
III	SEROLOGICAL SURVEYS COMPLETED YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ENQUÊTES SÉROLOGIQUES ACHEVÉES OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> If completed please attach report — Si la réponse est oui, prière de joindre le rapport							
IV	POLIOVIRUS SURVEYS COMPLETED YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ENQUÊTES SUR LA CIRCULATION ACHEVÉES OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> DU POLIOVIRUS If completed please attach report — Si la réponse est oui, prière de joindre le rapport							
V	OTHER REMARKS — AUTRES REMARQUES							
VI	FORM COMPLETED BY: — FORMULE REMPLIE PAR: _____ _____ DATE: _____							

GUIDELINES

The quarterly report should be sent not later than the end of the subsequent quarter to:

Chief, Epidemiological Surveillance of Communicable Diseases  
World Health Organization  
1211 Geneva 27  
Switzerland

- I. (a) Results based on virus isolation and/or serological tests  
(b) Cases diagnosed on clinical grounds only  
(c) Total of columns (a) and (b)  
(d) This column deals with cases of residual paralysis assessed at least 30 days after onset of the disease
- II. Data on affected localities, possible relation between cases, importations, vaccination status of the affected community, etc.
- III. Sample surveys of defined population groups such as schoolchildren, student nurses, military recruits, etc.
- IV. Investigations of persons (contacts or community) or environment (e.g. sewage and drinking water).
- V. Indicate for instance "no cases notified" (negative reporting) or any other relevant comments.

INSTRUCTIONS

Le rapport trimestriel est à envoyer, avant la fin du trimestre suivant, au:

Chef du Service de la Surveillance épidémiologique  
des Maladies transmissibles  
Organisation mondiale de la Santé  
1211 Genève 27  
Suisse

- I. a) Isolement du virus et/ou épreuves sérologiques  
b) Cas ayant seulement fait l'objet d'un diagnostic clinique  
c) Total des colonnes a) et b)  
d) Cas avec paralysie résiduelle observée 30 jours au moins après le début de la maladie
- II. Localités atteintes; relations possibles entre les cas; importations; état vaccinal de la collectivité; etc.
- III. Enquêtes par sondage sur des groupes de population bien définis, par exemple: écoliers, élèves infirmières, jeunes soldats, etc.
- IV. Enquêtes sur des personnes (sujets contacts ou collectivité) ou sur l'environnement, par exemple: eaux usées et eau de boisson.
- V. Inscrire par exemple « aucun cas notifié » (si le rapport est un « état néant ») ou toute autre remarque appropriée.

POSITION OF STATES AND TERRITORIES <sup>1</sup>  
 UNDER THE INTERNATIONAL HEALTH REGULATIONS (1969)

on 1 January 1975

I International Health Regulations (1969)

II Additional Regulations, 1973

Unless otherwise indicated, the States listed are bound without reservations.

R Bound with reservations

— Not bound

... Position not defined

\*\*\* Position not defined pending consideration by the Twenty-ninth World Health Assembly of reservations submitted by the State concerned.

	I	II		I	II		I	II
Afghanistan			Guatemala			Oman		
Albania			Guinea			Pakistan	R	
Algeria			Guinea-Bissau			Panama		
Argentina			Guyana			Paraguay		
Australia	—	—	Haiti			Peru		
Austria			Holy See	...†	...†	Philippines		
Bahamas			Honduras			Poland		
Bahrain			Hungary			Portugal		
Bangladesh			Iceland			Qatar		
Barbados			India	R	***	Republic of Korea		
Belgium			Indonesia			Romania		
Bolivia			Iran		—	Rwanda		
Botswana	...	...	Iraq			Saudi Arabia		
Brazil			Ireland			Senegal		
Bulgaria			Israel			Sierra Leone		
Burma			Italy		—	Singapore	—	—
Burundi			Ivory Coast			Somalia		
Byelorussian SSR			Jamaica			South Africa	—†	—†
Canada			Japan			Spain		
Central African Republic			Jordan			Sri Lanka		
Chad			Kenya			Sudan		
Chile			Khmer Republic			Swaziland		
China	...	...	Kuwait			Sweden		
Colombia			Laos			Switzerland		
Congo			Lebanon			Syrian Arab Republic		
Costa Rica			Lesotho			Thailand		
Cuba			Liberia			Togo		
Cyprus			Libyan Arab Republic		—	Trinidad and Tobago		
Czechoslovakia			Liechtenstein			Tunisia		
Dahomey			Luxembourg			Turkey		
Democratic People's Republic of Korea			Madagascar		—	Uganda		
Democratic Yemen			Malawi			Ukrainian SSR		
Denmark			Malaysia			Union of Soviet Socialist Republics		
Dominican Republic			Maldives			United Arab Emirates		
Ecuador			Mali			United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland		
Egypt	R	—	Malta			United Republic of Cameroon		
El Salvador			Mauritania			United Republic of Tanzania		
Equatorial Guinea			Mauritius			United States of America		
Ethiopia			Mexico			Upper Volta		
Fiji			Monaco			Uruguay		
Finland			Mongolia			Venezuela		
France			Morocco			Viet-Nam		
Gabon			Nauru	...	...	Western Samoa		
Gambia			Nepal			Yemen		
German Democratic Republic			Netherlands			Yugoslavia		
Germany, Federal Republic of			Surinam	R		Zaire		
Ghana			New Zealand			Zambia		
Greece			Nicaragua					
			Niger					
			Nigeria					
			Norway					

<sup>1</sup> Territories have been included in this list when their position under the Regulations differs from that of the State responsible for their international relations.

† For position of this State under previous Regulations, see third annotated edition (1966) of the International Sanitary Regulations, 1951, Annex I, p. 65.

POSITION DES ÉTATS ET TERRITOIRES<sup>1</sup> QUANT AU RÈGLEMENT  
SANTAIRE INTERNATIONAL (1969)

au 1<sup>er</sup> janvier 1975

- I Règlement sanitaire international de 1969
- II Règlement additionnel de 1973

Sauf indication contraire, les Etats figurant sur cette liste sont liés sans réserves.

- R Lié avec réserves
- Non lié
- ... Position non définie
- \*\*\* Position non définie en attendant l'examen par la Vingt-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé des réserves formulées par l'Etat en cause.

	I	II		I	II		I	II
Afghanistan . . . . .			Haïti . . . . .			Portugal . . . . .		
Afrique du Sud . . . . .	—†	—†	Haute-Volta . . . . .			Qatar . . . . .		
Albanie . . . . .			Honduras . . . . .			République arabe libyenne . . . . .		—
Algérie . . . . .			Hongrie . . . . .			République arabe syrienne . . . . .		
Allemagne, République fédérale d' . . . . .			Inde . . . . .	R	***	République Centrafricaine . . . . .		
Arabie Saoudite . . . . .			Indonésie . . . . .			République de Corée . . . . .		
Argentine . . . . .			Irak . . . . .			République démocratique allemande . . . . .		
Australie . . . . .	—	—	Iran . . . . .		—	République Dominicaine . . . . .		
Autriche . . . . .			Irlande . . . . .			République khmère . . . . .		
Bahamas . . . . .			Islande . . . . .			République populaire démocratique de Corée . . . . .		
Bahrein . . . . .			Israël . . . . .		—	République-Unie du Cameroun . . . . .		
Bangladesh . . . . .			Italie . . . . .			République-Unie de Tanzanie . . . . .		
Barbade . . . . .			Jamaïque . . . . .			Roumanie . . . . .		
Belgique . . . . .			Japon . . . . .			Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord . . . . .		
Biélorussie, RSS de . . . . .			Jordanie . . . . .			Rwanda . . . . .		
Birmanie . . . . .			Kenya . . . . .			Saint-Siège . . . . .	...†	...†
Bolivie . . . . .	...	...	Koweït . . . . .			Samoa-Occidental . . . . .		
Botswana . . . . .			Laos . . . . .			Sénégal . . . . .		
Brsil . . . . .			Lesotho . . . . .			Sierra Leone . . . . .		
Bulgarie . . . . .			Liban . . . . .			Singapour . . . . .	—	—
Burundi . . . . .			Libéria . . . . .			Somalie . . . . .		
Canada . . . . .			Liechtenstein . . . . .			Souaziland . . . . .		
Chili . . . . .			Luxembourg . . . . .			Soudan . . . . .		
Chine . . . . .	...	...	Madagascar . . . . .		—	Sri Lanka . . . . .		
Chypre . . . . .			Malaisie . . . . .			Suède . . . . .		
Colombie . . . . .			Malawi . . . . .			Suisse . . . . .		
Congo . . . . .			Maldives . . . . .			Tchad . . . . .		
Costa Rica . . . . .			Mali . . . . .			Tchécoslovaquie . . . . .		
Côte d'Ivoire . . . . .			Malte . . . . .			Thaïlande . . . . .		
Cuba . . . . .			Maroc . . . . .			Togo . . . . .		
Dahomey . . . . .			Maurice . . . . .			Trinité-et-Tobago . . . . .		
Danemark . . . . .			Mauritanie . . . . .			Tunisie . . . . .		
Egypte . . . . .	R	—	Mexique . . . . .			Turquie . . . . .		
El Salvador . . . . .			Monaco . . . . .			Ukraine, RSS d' . . . . .		
Emirats arabes unis . . . . .			Mongolie . . . . .			Union des Républiques socialistes soviétiques . . . . .		
Equateur . . . . .			Nauru . . . . .	...	...	Uruguay . . . . .		
Espagne . . . . .			Népal . . . . .			Venezuela . . . . .		
Etats-Unis d'Amérique . . . . .			Nicaragua . . . . .			Viet-Nam . . . . .		
Ethiopie . . . . .			Niger . . . . .			Yémen . . . . .		
Fidji . . . . .			Nigeria . . . . .			Yémen démocratique . . . . .		
Finlande . . . . .			Norvège . . . . .			Yougoslavie . . . . .		
France . . . . .			Nouvelle-Zélande . . . . .			Zaire . . . . .		
Gabon . . . . .			Oman . . . . .			Zambie . . . . .		
Gambie . . . . .			Ouganda . . . . .					
Ghana . . . . .			Pakistan . . . . .	R				
Grèce . . . . .			Panama . . . . .					
Guatemala . . . . .			Paraguay . . . . .					
Guinée . . . . .			Pays-Bas . . . . .					
Guinée-Bissau . . . . .			Surinam . . . . .	R				
Guinée équatoriale . . . . .			Pérou . . . . .					
Guyane . . . . .			Philippines . . . . .					
			Pologne . . . . .					

<sup>1</sup> Ont été inclus dans cette liste les territoires dont la position quant au Règlement est différente de celle de l'Etat responsable de leurs relations internationales.

† Pour la position de cet Etat à l'égard du précédent Règlement, voir la troisième édition annotée (1969) du Règlement sanitaire international de 1951, annexe I, p. 67.

## INFLUENZA

**CZECHOSLOVAKIA** (information dated 19 December 1974). —<sup>1</sup> In the Czech provinces, the influenza epidemic, which started during the week ended 14 November, reached its peak in all age groups towards mid-December. Up to the 50th week of 1974, about 6% of the population has been affected by this epidemic. The disease attacked the western part of the Czech provinces more than the eastern part. Some reports indicated that the illness was rather severe; pulmonary complications (bronchitis and pneumonia) were observed in 1% of the cases, and six of the 28 deaths due to influenza reported so far involved persons from 15 to 44 years of age.

One hundred and eighty-seven strains of virus A antigenically close to A/Port Chalmers/1/73 have been isolated.

**FRANCE** (information dated 27 December 1974). —<sup>2</sup> In Paris, Lyons and various regions of the country, sporadic cases and localized outbreaks of influenza-like illness associated with an influenza virus A close to A/Port Chalmers/1/73 (virus isolation and serological tests) have been reported from mid-November. All regions are now affected. As at 13 December, epidemics of influenza-like illness were developing in the general populations of Paris, Reims, Rennes and Amiens. As at 27 December, epidemics of influenza-like illness affecting all age groups and associated with the A virus mentioned above, were observed in the general populations of Lyons, St Etienne, Avignon, Marseille and Toulouse.

**HUNGARY** (information dated 27 December 1974). — Since the week ended 13 December a rapid increase in influenza incidence has been reported in Budapest and seven counties in the north; in the rest of the country, scattered foci of influenza have been observed. All age groups are affected. The illnesses are clinically typical of influenza.

So far, 80 strains of a virus antigenically close to A/Port Chalmers/1/73 have been isolated (59 of these during the week ended 27 December). The first strain was isolated from a person returning from Spain.

**ITALY** (information dated 2 January 1975). —<sup>3</sup> The incidence of influenza-like illness has increased during the last few days and has an epidemic character in certain regions.

A strain of virus A antigenically close to A/Port Chalmers/1/73 has been isolated in Genoa. Two strains of virus A isolated in Rome in October 1974 were also close to A/Port Chalmers/1/73.

**MALAYSIA** (information dated 13 December 1974). — A small outbreak of influenza-like illness affecting all age groups occurred in the general population of Kuala Lumpur and Petaling Jaya from mid-November to mid-December 1974 with its peak in early December. A strain of virus A antigenically close to A/Port Chalmers/1/73 was isolated.

**MOROCCO** (information dated 30 December 1974). — An epidemic of influenza-like illness with a high incidence in all age groups is now widespread. A virus A antigenically related to A/Port Chalmers/1/73 has been isolated.

**SPAIN** (information dated 20 December 1974). —<sup>4</sup> In the Madrid region, the small influenza epidemic associated with a virus related to A/Port Chalmers/1/73 has ended after reaching its peak towards end-November. Moreover, small influenza-like epidemics have developed in various provinces situated in most regions of the country with generally low attack rates except in Lugo Province in the north-west (attack rate: 10%); identification of the viruses is under way.

(information dated 28 December 1974). —<sup>4</sup> Epidemics of influenza-like illness (affecting so far 5% of the population) are presently occurring in Valladolid (since beginning of December) and Barcelona (since mid-December). All age groups are affected. Strains of virus A related to A/Port Chalmers/1/73 have been isolated in these two cities.

<sup>1</sup> See No. 50, 1974, p. 418.

<sup>2</sup> See No. 49, 1974, p. 412.

<sup>3</sup> See No. 47, 1974, p. 394.

<sup>4</sup> See No. 51/52, 1974, p. 429.

## GRIPPE

**TCHÉCOSLOVAQUIE** (information en date du 19 décembre 1974). —<sup>1</sup> Dans les provinces tchèques, l'épidémie de grippe, qui avait commencé pendant la semaine terminée le 14 novembre, a atteint son sommet dans tous les groupes d'âge vers la mi-décembre. Environ 6% de la population furent affectés par cette épidémie jusqu'à la 50<sup>e</sup> semaine de 1974. La partie occidentale des provinces tchèques fut plus atteinte que la partie orientale. Certains rapports ont signalé que l'affection fut relativement grave; des complications pulmonaires (bronchite et broncho-pneumonie) furent observées dans 1% des cas, et six des 28 décès par grippe rapportés jusqu'ici se produisirent chez des personnes de 15 à 44 ans.

On a isolé 187 souches de virus A proches au point de vue antigénique de A/Port Chalmers/1/73.

**FRANCE** (information au 27 décembre 1974). —<sup>2</sup> A Paris, à Lyon et dans diverses régions du pays, on a signalé à partir de mi-novembre des cas sporadiques et des poussées localisées d'affections d'allure grippale associées à un virus grippal A proche de A/Port Chalmers/1/73 (isolement du virus et examens sérologiques). Toutes les régions sont maintenant atteintes. Au 13 décembre, des épidémies d'affections d'allure grippale se développaient dans les populations de Paris, de Reims, de Rennes et d'Amiens. Au 27 décembre, on observait dans les populations de Lyon, de St Etienne, d'Avignon, de Marseille et de Toulouse des épidémies d'affections d'allure grippale atteignant tous les groupes d'âge et associées au virus A mentionné ci-dessus.

**HONGRIE** (information en date du 27 décembre 1974). — On signale depuis la semaine terminée le 13 décembre une augmentation rapide de l'incidence grippale à Budapest et dans sept comtés situés dans le nord; dans le reste du pays, on observe des foyers épars de grippe. L'affection atteint tous les groupes d'âge. Au point de vue clinique, il s'agit de grippe typique.

On a isolé jusqu'ici 80 souches d'un virus proche au point de vue antigénique de A/Port Chalmers/1/73 (dont 59 pendant la semaine écoulée). La première souche isolée provenait d'une personne qui revenait d'Espagne.

**ITALIE** (information en date du 2 janvier 1975). —<sup>3</sup> L'incidence des affections d'allure grippale a augmenté dans le pays au cours de ces derniers jours. Elle présente un caractère épidémique dans certaines régions.

On a isolé à Gênes une souche de virus A proche au point de vue antigénique de A/Port Chalmers/1/73. Deux souches de virus A isolées à Rome en octobre 1974 étaient également proches de A/Port Chalmers/1/73.

**MALAISIE** (information en date du 13 décembre 1974). — Une petite poussée d'affections d'allure grippale, qui atteignit tous les groupes d'âge, s'est produite dans la population de Kuala Lumpur et de Petaling Jaya de mi-novembre à mi-décembre. On a isolé une souche de virus A proche au point de vue antigénique de A/Port Chalmers/1/73.

**MAROC** (information en date du 30 décembre 1974). — Une épidémie d'affections d'allure grippale avec incidence élevée dans tous les groupes d'âge sévit actuellement dans le pays. On a isolé un virus A qui présente des relations avec A/Port Chalmers/1/73.

**ESPAGNE** (information en date du 20 décembre 1974). —<sup>4</sup> Dans la région de Madrid, la petite épidémie de grippe associée à un virus qui présente des relations avec A/Port Chalmers/1/73 est terminée après un sommet vers fin novembre. D'autre part, de petites épidémies d'allure grippale se sont développées dans des provinces situées dans la plupart des régions du pays, avec des taux d'atteinte généralement faibles sauf dans la province de Lugo située dans le nord-ouest (taux d'atteinte: 10%); les virus en cause sont en cours d'identification.

(information en date du 28 décembre 1974). —<sup>4</sup> Des épidémies d'affections d'allure grippale (atteignant jusqu'ici 5% de la population) se développent actuellement à Valladolid (depuis début décembre) et à Barcelone (depuis mi-décembre). Tous les groupes d'âge sont atteints. Dans les deux villes, on a isolé des souches de virus A qui présentent des relations avec A/Port Chalmers/1/73.

<sup>1</sup> Voir N° 50, 1974, p. 418.

<sup>2</sup> Voir N° 49, 1974, p. 412.

<sup>3</sup> Voir N° 47, 1974, p. 394.

<sup>4</sup> Voir N° 51/52, 1974, p. 429.

SWITZERLAND (situation as at 4 January 1975). —<sup>1</sup> The incidence of influenza-like illness is increasing throughout the country; 1 693 cases were notified during the week ended 28 December, as against 1 372 during the week ended 21 December and 673 during the preceding week. From 8 December to 4 January, the virus was identified in 183 cases of influenza-like illness in various regions; 79 cases were associated with *Mycoplasma pneumoniae*, 77 with influenza virus A, and 27 with different viruses, but virus A became predominant during the week ended 4 January (33 virus A infections against 17 *Mycoplasma pneumoniae*). The virus A strains identified were found to be close to A/Port Chalmers/1/73, with the exception of strain A/Geneva/3342/74 which gave a haemagglutination-inhibition titre of only 1:480 with an antiserum to A/Port Chalmers/1/73, against 1:2560 for the homologous virus and shows therefore some degree of antigenic drift from A/Port Chalmers/1/73.

UNION OF SOVIET SOCIALIST REPUBLICS (information dated 23 December 1974). — Since the second ten-day period of November, the incidence of acute respiratory disease has increased in the east as well as in some localities in the central-european part of the country. Eight strains of virus A antigenically related to A/Port Chalmers/1/73 were isolated.

In Moscow, daily morbidity due to influenza and acute respiratory disease has, since 11 December, exceeded the threshold of inter-epidemic years and continues to increase.

UNITED STATES OF AMERICA (information dated 21 December 1974). —<sup>2</sup> Strains of influenza virus A have so far been isolated from patients in Hawaii, Georgia, Florida, California, Tennessee, Texas, Michigan, Minnesota, Utah, North Carolina and Virginia. Most of the isolates were from sporadic cases, although Hawaii, Georgia and Michigan have reported local outbreaks. All the strains tested show antigenic relationships with A/Port Chalmers/1/73.

WHO COLLABORATING CENTRE FOR REFERENCE AND RESEARCH ON INFLUENZA, LONDON. — In a small-scale survey of the neuraminidase antigens of representative 1974 isolates of influenza A carried out by the *Laboratoire de Virologie*, Lyons, France, and the WHO Collaborating Centre for Reference and Research on Influenza, London, the neuraminidase antigens of 15 strains were fully characterized. All strains possessed neuraminidases antigenically close to that of A/Port Chalmers/1/73 and were clearly distinguishable from that of A/England/47/72. In neuraminidase-inhibition tests with antiserum to purified A/Port Chalmers/1/73 neuraminidase, none of the following 15 strains gave NI titres which differed more than two-fold from those given by the homologous A/Port Chalmers/1/73 virus: A/Hannover/61/73 (winter 1973-74), A/Puerto Rico/2/74, A/England/635/74, A/Ehime (Philippines)/2/74, A/Hong Kong/62/74, A/Malaysia/17/74, A/Paris/1/74, A/Victoria/123/74 and seven 1974 isolates from Toulouse, France.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> See No. 49, 1974, p. 412.

<sup>2</sup> See No. 50, 1974, p. 418.

<sup>3</sup> All these strains possess a haemagglutinin antigen having antigenic relationships with that of A/Port Chalmers/1/73. These relationships were specified for some of these strains in *Weekly Epidemiological Record* No. 25, 1974, p. 215.

SWISSE (situation au 4 janvier 1975). —<sup>1</sup> L'incidence des affections d'allure grippale augmente dans l'ensemble du pays, où 1 693 cas ont été notifiés pendant la semaine terminée le 28 décembre, contre 1 372 pendant la semaine terminée le 21 décembre et 673 pendant la semaine précédente. Du 8 décembre au 4 janvier, le virus en cause a été identifié pour 183 cas d'affections d'allure grippale survenus dans diverses régions; dans 79 cas il s'agissait de *Mycoplasma pneumoniae*, dans 77 cas de virus grippal A, et dans 27 cas de virus divers, mais le virus A est devenu prédominant pendant la semaine terminée le 4 janvier (33 infections à virus A contre 17 à *Mycoplasma pneumoniae*). Les souches de virus A qui furent identifiées se montrèrent proches de A/Port Chalmers/1/73, à l'exception de la souche A/Geneva/3342/74 qui a donné un titre d'inhibition de l'hémagglutination de 1:480 seulement avec un antiserum A/Port Chalmers/1/73, contre 1:2560 pour le virus homologue et présente donc un certain degré de glissement antigénique par rapport à A/Port Chalmers/1/73.

UNION DES REPUBLIQUES SOCIALISTES SOVIÉTIQUES (information en date du 23 décembre 1974). — Depuis la deuxième décennie de novembre, l'incidence des affections respiratoires aiguës a augmenté dans quelques localités de la partie européenne centrale du pays, ainsi que dans la partie orientale du pays. On a isolé huit souches de virus A présentant des relations antigéniques avec A/Port Chalmers/1/73.

A Moscou, la morbidité quotidienne par grippe et affections respiratoires aiguës dépasse le seuil des années inter-épidémiques depuis le 11 décembre et elle continue à augmenter.

ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE (information en date du 21 décembre 1974). —<sup>2</sup> On a isolé jusqu'ici des souches de virus grippal A chez des malades d'Hawaï, de Géorgie, de Floride, de Californie, du Tennessee, du Texas, du Michigan, du Minnesota, de l'Utah, de Caroline du Nord et de Virginie. La plupart des isolaments provenaient de cas sporadiques, bien que des poussées locales aient été signalées à Hawaï, en Géorgie et dans le Michigan. Toutes les souches examinées présentent des relations antigéniques avec A/Port Chalmers/1/73.

CENTRE COLLABORATEUR OMS DE RÉFÉRENCE ET DE RECHERCHE POUR LA GRIPPE DE LONDRES. — Au cours d'une petite enquête concernant les antigènes neuraminidase de souches grippales A représentatives de l'année 1974 effectuée par le Laboratoire de Virologie de Lyon (France) et le Centre collaborateur OMS de Référence et de Recherche pour la Grippe de Londres, les antigènes neuraminidase de 15 souches ont été entièrement caractérisés. Toutes ces souches possèdent des neuraminidases proches au point de vue antigénique de celle de A/Port Chalmers/1/73 et nettement différentes de celle de A/England/42/72. Dans des tests d'inhibition de la neuraminidase par un antiserum préparé avec la neuraminidase A/Port Chalmers/1/73 purifiée, aucune des 15 souches suivantes n'a donné des titres IN inférieurs à la moitié des titres obtenus avec le virus homologue A/Port Chalmers/1/73: A/Hannover/61/73 (hiver 1973-74), A/Puerto Rico/2/74, A/England/635/74, A/Ehime (Philippines)/2/74, A/Hong Kong/62/74, A/Malaysia/17/74, A/Paris/1/74, A/Victoria/123/74 et sept souches isolées en 1974 à Toulouse (France).<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Voir N° 49, 1974, p. 412.

<sup>2</sup> Voir N° 50, 1974, p. 418.

<sup>3</sup> Toutes ces souches possèdent un antigène hémagglutinine qui présente des relations antigéniques avec celui de A/Port Chalmers/1/73. Pour certaines d'entre elles, ces relations ont été précisées dans une note parue dans le *Relevé épidémiologique hebdomadaire* N° 25, 1974, p. 215.

## PRIMARY AND SECONDARY SYPHILIS

UNITED STATES OF AMERICA. — In August 1974, reported cases of primary and secondary syphilis numbered 2 304, up 3.4% from the number reported in August 1973 (provisional data). During the first eight months of calendar year 1974, cases numbered 16 833, representing a small increase (0.8%) over the number reported in the same time period in the previous year. Despite these increases, prospects for achieving a level or decreasing incidence of primary and secondary syphilis during calendar year 1974 and fiscal year 1975 remain good.

(Morbidity and Mortality, 1974, 23, No. 43; US Center for Disease Control.)

## SYPHILIS PRIMAIRE ET SECONDAIRE

ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE. — En août 1974, il a été notifié 2 304 cas de syphilis primaire et secondaire, soit 3,4% de plus qu'en août 1973 (données provisoires). Pour les huit premiers mois de l'année civile 1974, le nombre de cas notifiés s'est élevé à 16 833, soit un légère augmentation (0,8%) par rapport à la période correspondante de l'année précédente. Malgré ces augmentations, les perspectives de stabilisation ou de recul de l'incidence de la syphilis primaire et secondaire pour l'année civile 1974 et l'année budgétaire 1975 restent bonnes.

## CHOLERA

**KENYA.** — The presence of cholera was first reported from the Kisumu Municipality on 13 December 1974.<sup>1</sup> Up to the date of the last notification on 26 December<sup>2</sup> there have been a total of 401 cases and 23 deaths. Cases have occurred in the Nyanza Province (in Central Nyanza, Kisumu and South Nyanza Counties) and in the Kakamega County of Western Province. The situation is reported to be under control.

**KUWAIT.** — One fatal case of cholera (*V. cholerae*, biotype *eltor*, serotype Inaba) and two carriers have been detected among a group of pilgrims staying in isolation in a camp on transit through Kuwait to their home country.<sup>1</sup>

**EDITORIAL NOTE:** No part of Kuwait should be considered infected by virtue of these imported cases which are isolated from the general population.

**SAUDI ARABIA.** — Cholera was detected in a group of Nigerian pilgrims in Mecca on 20 December 1974. An epidemiological enquiry revealed that the first cases had occurred among visitors who had arrived within the incubation period of the disease. Some 90 cases have been reported and *V. cholerae*, biotype *eltor*, serotype Inaba identified. All necessary measures have been undertaken and the situation is reported to be well controlled.<sup>1</sup>

**EDITORIAL NOTE:** Approximately a million people have visited Saudi Arabia during this pilgrimage season. As many of these come from countries in which cholera is presently endemic, it is not unexpected that the disease should be detected in one or other group of pilgrims. It is a reflection of the excellent work that has been done in recent years by the health administration of Saudi Arabia in the improvement of sanitation and water supplies and also increased attention to diarrhoeal surveillance that cholera has not presented a problem during recent years.

It establishes again support for the belief that vaccination and the dispensing of drugs cannot be expected to prevent the introduction of the disease and that only early detection by means of competent diarrhoeal surveillance can assure prompt intervention.

With the great numbers involved and the impossibility of determining the degree of contact that may have been had with overt or subclinical cases, it is probable that some returning pilgrims may be carriers. One importation into Kuwait has already been detected and is referred to above. The health administrations of all countries through which or to which pilgrims are returning are advised of the need to ensure that effective diarrhoeal surveillance exists to detect as early as possible any importation of the vibrio.

<sup>1</sup> See No. 51/52, 1974, p. 433.

<sup>2</sup> See No. 1/2, 1975, p. 10.

## CHOLÉRA

**KENYA.** — Les premiers cas de choléra dans la Municipalité de Kisumu ont été signalés le 13 décembre 1974.<sup>1</sup> A la date de la dernière notification, soit le 26 décembre,<sup>2</sup> le total s'établissait à 401 cas, dont 23 mortels. La maladie s'est manifestée dans la Province de Nyanza — Comté du Centre, de Kisii et du Sud — et dans la Province occidentale — Comté de Kakamega. Les services de santé sont désormais maîtres de la situation.

**Koweït.** — Un cas mortel de choléra (*V. cholerae*, biotype *eltor*, sérotype Inaba) et deux porteurs ont été signalés dans un groupe de pèlerins, isolés dans un camp, qui transitaient par le Koweït pour regagner leur pays d'origine.<sup>1</sup>

**NOTE DE LA RÉDACTION:** Aucune partie du territoire du Koweït n'est à considérer comme infectée du fait de ces cas importés qui sont tenus isolés de la population générale.

**ARABIE SAOUDITE.** — Des cas de choléra ont été découverts à la Mecque, le 20 décembre 1974, dans un groupe de pèlerins venus du Nigéria. Une enquête épidémiologique a révélé que les premiers malades étaient arrivés dans le pays pendant la période d'incubation. A ce jour il a été dénombré environ 90 cas de *V. cholerae*, biotype *eltor*, sérotype Inaba. Toutes les mesures nécessaires ont été prises et les autorités sanitaires ont la situation bien en main.<sup>1</sup>

**NOTE DE LA RÉDACTION:** L'Arabie Saoudite a reçu environ un million de visiteurs pendant la saison du pèlerinage en cours. Comme beaucoup de ces visiteurs viennent de pays où le choléra est actuellement endémique, il n'est pas surprenant que la maladie soit détectée dans tel ou tel groupe de pèlerins. Si le choléra n'a pas vraiment posé de problème ces dernières années en Arabie Saoudite, c'est grâce à l'excellent travail de l'administration sanitaire de ce pays qui s'est employée, pendant cette période, à améliorer les installations d'assainissement et d'approvisionnement en eau tout en surveillant de plus près encore les maladies diarrhéiques.

Ainsi se trouve confirmée à nouveau l'opinion selon laquelle on ne saurait compter seulement sur la vaccination et la distribution de médicaments pour empêcher l'introduction de la maladie dans un pays et que seul le dépistage précoce par une bonne surveillance des maladies diarrhéiques permet d'intervenir promptement lorsque le vibron fait son apparition.

Etant donné la multitude des pèlerins, et comme il est impossible de déterminer dans quelle mesure ils ont eu des contacts avec des cas de choléra patents ou infracliniques, il est probable qu'il y a des porteurs parmi les pèlerins rentrant dans leur pays. Un cas importé — mentionné plus haut — a déjà été enregistré au Koweït. Il est rappelé aux administrations sanitaires de tous les pays par lesquels transitent des pèlerins, ou qui voient rentrer du pèlerinage des groupes de leurs ressortissants, qu'il est nécessaire d'assurer une surveillance efficace des maladies diarrhéiques pour détecter le plus tôt possible toute importation du vibron.

<sup>1</sup> Voir N° 51/52, 1974, p. 433.

<sup>2</sup> Voir N° 1/2, 1975, p. 10.

## HUMAN PLAGUE

**UNITED STATES OF AMERICA.** — The following two cases of human plague are not important from the point of view of international travel but are the seventh and eighth cases to have been reported in the United States of America in 1974. Since 1950 there have been only two years during which this number has been equalled or surpassed; eight cases in 1965 and 13 in 1970.

Rabbit-associated human plague has been described for many years but the role of rabbits in the ecology and epidemiology of the disease was not emphasized until recently. The evidence implicating rabbits has usually been: (1) a history of hard contact with wild rabbits in the incubation period in patients whose exposure history was otherwise negative and (2) bacteriological or serological evidence of infection of rabbits (or their fleas) trapped in the area where the patient is known to have hunted them.

## PESTE HUMAINE

**ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE.** — Les deux cas de peste humaine décrits ci-après sont sans importance pour le trafic international, mais constituent les septième et huitième cas notifiés dans le pays en 1974. Depuis 1950, cette incidence de la maladie n'a été égale ou dépassée que deux fois, avec huit cas en 1965 et 13 en 1970.

On connaît depuis longtemps des cas de peste humaine associés à des contacts avec le lapin, mais ce n'est que récemment qu'on a pu mettre en évidence le rôle de cet animal dans l'écologie et l'épidémiologie de la maladie. Les éléments de preuve incriminant le lapin sont généralement les suivants: 1) importants contacts avec des lapins de garenne en période d'incubation chez des sujets n'ayant été par ailleurs exposés à aucune autre source d'infection connue et 2) preuve bactériologique ou sérologique de l'infection des lapins (ou de leurs puces) capturés dans la région où le malade était allé à la chasse.

The first case was diagnosed on 17 November 1974 by blood culture.<sup>1</sup> The 62-year-old woman from Albuquerque, New Mexico (N.M.) had been with six others in a hunting party in the Carson National Forest (N.M.) from 8-10 November. On 9 and 10 November she had skinned and dressed two rabbits which had been infested with fleas although she did not recall having been bitten. She fell ill on 11 November. Following diagnosis of the disease the two rabbits from the patient freezer were examined and the bone marrow from both was FA positive and *Yersinia pestis* isolated.

The second case was a 23-year-old male student from Sandia Park (N.M.) who became ill on 3 December 1974.<sup>2</sup> A blood culture was done and *Y. pestis* was definitely identified by FA stain, phage sensitivity and biochemical tests on 12 December. The patient lives in a semi-rural area on the outskirts of Albuquerque and has two dogs and five cats in his home. He denied insect bites or exposure to rodents in the week prior to the onset of symptoms but approximately two weeks before had allowed one of the cats to sleep on his bed. The next morning he had multiple insect bites on his trunk, arms and legs. The patient's dogs and cats are being tested for serological evidence of plague infection and trapping studies are being undertaken in the vicinity of his home.

<sup>1</sup> See No. 47, 1974, p. 395.

<sup>2</sup> See No. 51/52, 1974, p. 433.

(Based on/D'après: *Morbidity and Mortality*, 1974, 23, No. 50; *US Center for Disease Control*.)

#### MENINGOCOCCAL MENINGITIS

BELGIUM. — Prior to 1969, the number of meningococcal meningitis infections in Belgium varied from about 30 to 50 annually, but from that year until 1972<sup>1</sup> there was a sharp increase in the number of cases reported (131 in 1969, 352 in 1970, 518 in 1971 and 519 in 1972). During 1973, 418 cases were reported, giving a morbidity rate of 4.28 per 100 000 population (the corresponding figure for 1972 was 5.34). Although there was a decrease in incidence, the fatality rate in 1973 (12%) increased by 2% when compared to 1972 and 3% when compared to 1971.

Meningococcal meningitis is a notifiable disease in Belgium, and each case is investigated to determine specific details concerning the illness itself, source of infection, results of laboratory examination, existence of carriers, socio-economic and hygienic conditions, and effects of treatment.

As in the past three years, the disease attacked mostly young children. The morbidity and mortality were particularly severe in children under ten years of age; this age group accounted for 84% of the cases and 92% of the deaths reported in 1973. The corresponding figures were 68% and 90% for children under five years of age. The fatality rate was also high for children under one year of age (about 20%).

Although cases occurred throughout the country, Namur, Brabant and Hainaut were the provinces most affected.

In 1973, 14% of the cases and 18% of the deaths occurred in foreign residents of the country (foreign residents constitute about 9% of the country's total population).

There was no marked seasonal variation except for a slight reduction in the number of cases reported during the summer months.

Clinical features most frequently observed were fever, petechial rash, vomiting, stiff neck and headache. When death occurred, it was usually soon after the onset of symptoms and in 80% of the fatal cases death occurred within 24 hours. Ninety-seven percent of all cases were hospitalized. Laboratory examination indicated a prevalence of *Neisseria meningitidis* type B in both cases and carriers. Of 112 strains from cases, 98 were group B, 11 group C and three group A. The strains isolated from carriers, in addition to all known serotypes, included a number of strains which could not be typed.

<sup>1</sup> See No. 51, 1973, p. 485.

(Based on/D'après: *Infections méningococciques en Belgique*, 1973.)

Le premier cas a été diagnostiqué le 17 novembre par culture sanguine.<sup>1</sup> Il s'agissait d'une femme d'Albuquerque (Nouveau-Mexique) âgée de 62 ans qui, du 8 au 10 novembre, était allée chasser avec six autres personnes dans la forêt nationale de Carson (Nouveau-Mexique). Les 9 et 10 novembre, elle avait dépouillé et préparé deux lapins infestés de puces, sans avoir, à ses dires, été piquée. Elle était tombée malade le 11 novembre. Une fois la maladie diagnostiquée, les deux lapins qui se trouvaient dans le congélateur de la malade ont été examinés: leur moelle osseuse se révéla positive à l'épreuve des anticorps fluorescents et l'on isola *Yersinia pestis*.

Le second cas est un étudiant de 23 ans vivant à Sandia Park (Nouveau-Mexique) qui est tombé malade le 3 décembre 1974.<sup>2</sup> Dans une culture d'échantillon de sang, *Y. pestis* a été identifié sans conteste, le 12 décembre, par l'épreuve des anticorps fluorescents, l'épreuve de sensibilité au phage et des épreuves biochimiques. Le malade habite un secteur semi-rural des environs d'Albuquerque et possède deux chiens et cinq chats. Il affirme n'avoir été ni piqué par des insectes ni exposé à des contacts avec des rongeurs pendant la semaine précédant l'apparition des symptômes, mais deux semaines environ auparavant il avait laissé l'un de ses chats coucher sur son lit. Le lendemain matin, il avait de nombreuses piqûres d'insectes sur le tronc, les bras et les jambes. On est en train de faire des examens sérologiques sur les chats et les chiens du malade afin d'acquiescer la preuve, dans les environs, de l'infection pesteuse; des études vont être faites sur des animaux pris au piège dans les alentours.

<sup>1</sup> Voir N° 47, 1974, p. 395.

<sup>2</sup> Voir N° 51/52, 1974, p. 433.

#### MÉNINGITE À MÉNINGOCOQUE

BELGIQUE. — Jusqu'en 1969, le nombre des cas de méningite à méningocoque enregistrés annuellement en Belgique avait varié entre 30 et 50, mais de 1969 à 1972,<sup>1</sup> une très forte augmentation s'est produite (131 cas en 1969, 352 en 1970, 518 en 1971 et 519 en 1972). En 1973, il a été notifié 418 cas, ce qui représente un taux de morbidité de 4,28 pour 100 000 habitants contre 5,34 en 1972. Il y a donc eu baisse de l'incidence, mais le taux de létalité a été de 12%, soit une augmentation de 2% par rapport à 1972 et de 3% par rapport à 1971.

En Belgique, la méningite à méningocoque est soumise à déclaration obligatoire et chaque cas fait l'objet d'une enquête visant à obtenir divers détails: caractères de la maladie elle-même, origine de l'infection, résultats des examens de laboratoire, existence éventuelle de porteurs, circonstances socio-économiques et conditions d'hygiène, effet du traitement.

Comme les trois années précédentes, ce sont surtout les jeunes enfants que la maladie a frappés en 1973. La morbidité et la mortalité ont été particulièrement élevées chez les moins de dix ans, groupe dans lequel on a dénombré 84% de l'ensemble des cas et 92% des décès. Pour les moins de cinq ans, les proportions ont été de 68% et 90%. On a également enregistré un taux de létalité élevé chez les enfants de moins d'un an (environ 20%).

Des cas ont été notifiés dans tout le pays mais ce sont principalement les Provinces de Namur, du Brabant et du Hainaut qui ont été atteintes.

En 1973, 14% des cas et 18% des décès ont été enregistrés chez des étrangers résidant en Belgique (les résidents étrangers représentent environ 9% de la population totale).

Sauf un léger recul pendant les mois d'été, il n'y a pas eu de variation saisonnière marquée.

Les symptômes cliniques le plus fréquemment observés ont été l'hyperthermie, les éruptions pétechieales, les vomissements, la raideur de la nuque et les céphalées. Les décès se sont généralement produits peu après l'apparition des symptômes et dans 80% des cas à issue fatale, la mort est survenue dans les 24 heures. Au total, 97% des malades ont été hospitalisés. L'agent pathogène le plus fréquemment identifié en laboratoire, tant chez les malades que chez les porteurs, a été *Neisseria meningitidis* type B; sur 112 souches provenant de cas, 98 étaient du groupe B, 11 du groupe C et trois du groupe A. Parmi les souches provenant de porteurs, on a trouvé, en plus de tous les sérotypes connus, un certain nombre de souches dont le typage n'a pas été possible.

<sup>1</sup> Voir N° 51, 1973, p. 485.

**TETANUS**

**BELGIUM.** — Tetanus has been a notifiable disease in Belgium since 1951 and, although a general downward trend in the disease was reported during the years 1954-1964, this trend has been less marked in the ensuing years. In 1971, there were 18 cases (seven deaths), in 1972, 19 cases (eight deaths)<sup>1</sup> and in 1973 only six cases (no deaths) were reported. This figure for 1973 is the lowest number reported since the disease became notifiable in 1951.

Of the six cases notified in 1973, three occurred in persons over 40 years of age and as usually observed the disease tended to be more severe among these persons. The youngest person affected was 30 years of age. Males and females were equally affected.

Four of the cases reported were from rural areas and two occurred in urban environments.

In a breakdown of cases by profession, three persons were manual labourers, two were unemployed and one was a merchant. None of the patients gave a history of vaccination. In this connexion it is important to note that the number of doses of tetanus toxoid distributed in Belgium continues to increase each year, and the vaccination is obligatory for all military personnel and for those workers considered to be at risk. Each year, the number of children vaccinated continues to increase. In 1973, 95% of infants between three months and one year received a first dose of diphtheria-tetanus-pertussis vaccine. A second dose was given to 91% and 88% received a third dose. Vaccination is recommended for all unvaccinated persons irrespective of age and particularly those over 40 years of age and those who live in rural areas.

<sup>1</sup> See No. 38, 1973, p. 369.

**TÉTANOS**

**BELGIQUE.** — En Belgique, la déclaration du tétanos est obligatoire depuis 1951. De 1954 à 1964, cette maladie avait en général régressé, mais ce mouvement a été moins marqué dans les années suivantes. En 1971, il y a eu 18 cas de tétanos (dont sept mortels), 19 cas (huit mortels)<sup>1</sup> en 1972, et six cas (aucun mortel) en 1973. Ce dernier chiffre est le plus bas depuis 1951, année où la déclaration obligatoire a été instituée.

Sur les six cas notifiés en 1973, trois étaient des personnes de plus de 40 ans, chez qui la maladie a été plus sérieuse, comme c'est l'habitude. Le malade le moins âgé avait 30 ans. Les deux sexes ont été également touchés.

Quatre cas ont été enregistrés en milieu rural, et deux en milieu urbain.

La distribution des cas par profession s'établit comme suit: trois travailleurs manuels, deux personnes sans emploi et un commerçant. Aucun des malades n'avait été vacciné. A ce propos, on notera que le nombre de doses d'anatoxine tétanique distribuées annuellement en Belgique continue d'augmenter et que la vaccination est obligatoire pour tous les militaires et pour les travailleurs considérés comme exposés. Le nombre d'enfants vaccinés annuellement est également en hausse constante. En 1973, 95% des enfants âgés de trois mois à un an ont reçu une première dose de vaccin associé contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche, 91% une deuxième dose, et 88% une troisième. La vaccination est recommandée à toutes les personnes non vaccinées, quel que soit leur âge, en particulier aux individus de plus de 40 ans et aux habitants des zones rurales.

<sup>1</sup> Voir N° 38, 1973, p. 369.

(Based on/D'après: *Tétanos en Belgique*, 1973.)

**DISEASES SUBJECT TO THE REGULATIONS — MALADIES SOUMISES AU RÈGLEMENT**

**Newly Infected Areas as on 9 January 1975 — Zones nouvellement infectées au 9 janvier 1975**

For criteria used in compiling this list, see No. 50, 1974, page 420 — Les critères appliqués pour la compilation de cette liste sont publiés dans le N° 50, 1974, à la page 420.

The complete list of infected areas was last published in WER No. 49, 1974, page 409. It should be brought up to date by consulting the additional information published subsequently in the WER, regarding areas to be added or removed. The complete list is usually published once a month.

La liste complète des zones infectées a paru dans le REH N° 49, 1974, page 409. Pour sa mise à jour, il y a lieu de consulter les *Relevés* publiés depuis lors où figurent les listes de zones à ajouter et à supprimer. La liste complète est généralement publiée une fois par mois.

<p><b>PLAGUE — PESTE</b> Africa — Afrique</p> <p><b>MADAGASCAR</b> Fianarantsoa Province Ambalavao S. Préf. Ambohimandroso Canton Ambohimahasao S. Préf. Befata Canton Fianarantsoa S. Préf. Andranovorivato Canton Fianarantsoa Canton Nasandratrony Canton Vohitrafeno Canton</p> <p>Asia — Asie</p> <p><b>BURMA — BIRMANIE</b> Kachin State Myitkyina District Mandalay Division Meiktila District Mingyan District</p> <p><b>VIET-NAM REP.</b> Danang (excl. PA) Lam-Dong Province Thua-Thien Province</p> <p><b>CHOLERA — CHOLÈRA</b> Africa — Afrique</p> <p><b>ANGOLA</b> Benguela District Benguela Concelho &amp; Deleg. S.</p>	<p><b>KENYA</b> Nyanza Province Central Nyanza County Kisii County South Nyanza County</p> <p>Western Province Kakamega County</p> <p><b>NIGERIA — NIGÉRIA</b> North-Central State Katsina Prov.: Funtua</p> <p><b>SOUTHERN RHODESIA RHODÉSIE DU SUD</b> Victoria Province Victoria District</p> <p>Asia — Asie</p> <p><b>BURMA — BIRMANIE</b> Sagaing Division Shwebo District</p> <p><b>INDIA — INDE</b> Andhra Pradesh State Chittoor District Tamil Nadu State Nilgiris District</p> <p><b>INDONESIA — INDONÉSIE</b> Aceh (Sumatera) Province Aceh Timur Regency Aceh Utara (P) Regency</p>	<p>Bali Province Jembrana Regency</p> <p>Irian Barat Province Japen (PA) Waropan Regency</p> <p>Jawa Tengah Province Blora Regency Purbolinggo Regency</p> <p>Jawa Timur Province Ngawi Regency Situbundo Regency Tuban Regency</p> <p>Kalimantan Selatan Province Hulu Sungai Tengah Regency</p> <p>Lampung (Sumatera) Province Lampung Tengah Regency</p> <p>Riau (Sumatera) Province Pekanbaru (PA) Municipality</p> <p>Sulawesi Selatan Province Bantaeng Regency Baru Regency Bulukumba Regency Sinjai Regency Takalar Regency</p> <p>Sumatera Utara Province Asahan Regency Daeri Regency Deli Serdang (P) Regency Nias (P) Regency Tapanuli Utara Regency</p>	<p><b>MALAYSIA — MALAISIE</b> West Malaysia Kedah State Baling Health District</p> <p><b>PHILIPPINES</b> Luzon Group Laguna Province</p> <p><b>SAUDI ARABIA ARABIE SAOUDITE</b> Mecca</p> <p><b>THAILAND — THAÏLANDE</b> Phra Nakhon Si Ayutthaya Province</p> <p><b>SMALLPOX — VARIOLE</b> Asia — Asie</p> <p><b>BANGLADESH</b> Chittagong Division Comilla (Tippera) District</p> <p><b>INDIA — INDE</b> Madhya Pradesh State Rewa District Orissa State Puri District Uttar Pradesh State Ballia District Bijnor District West Bengal State Calcutta Corp. District</p>
--	---	--	--

Notifications Received from 20 December 1974 to 9 January 1975 — Notifications reçues du 20 décembre 1974 au 9 janvier 1975

- Area notified as infected on the date indicated — Zone notifiée comme infectée à la date donnée.
- ... Figures not yet received — Chiffres non encore disponibles
- C Cases — Cas
- D Deaths — Décès
- I Imported cases — Cas importés
- p Preliminary figures — Chiffres préliminaires
- r Revised figures — Chiffres révisés
- s Suspected cases — Cas suspects

City X (A)	City X and the airport of that city.	}	Rangoon (PA)	means the city of Rangoon with its port and its airport.
Ville X (A)	Ville X et l'aéroport de cette ville.		Ex.:	signifie la ville de Rangoon avec son port et son aéroport
City Y (P)	City Y and the port of that city.	}	Karachi (P) (excl. A)	means the city of Karachi with its port (but without its airport).
Ville Y (P)	Ville Y et le port de cette ville.			signifie la ville de Karachi avec son port (mais sans son aéroport).

**PLAGUE — PESTE**

**Africa — Afrique**

	C	D	C	D
MADAGASCAR			23-29.XII	
<i>Fianarantsoa Province</i>				
<i>Ambalavao S. Préf.</i>				
Ambalavao Canton	1	1		
<i>Ambohimahasao S. Préf.</i>				
Befata Canton	1	0		
<i>Fianarantsoa S. Préf.</i>				
<i>Cantons</i>				
Andranovorivato	1	0		
Fianarantsoa	3	0		
Nasandratrony	1	0		
Vohitrafeno	1	0		
			16-22.XII	
<i>Fianarantsoa Province</i>				
<i>Ambalavao S. Préf.</i>				
Ambohimandroso Canton	1	1		
			9-15.XII	
<i>Fianarantsoa Province</i>				
<i>Ambositra S. Préf.</i>				
Ambatomarina Canton	2	1		
			21-27.XII	
SOUTHERN RHODESIA				
RHODÉSIE DU SUD				
<i>Matabeleland</i>				
Lupane D.	2	0	3	0
			28.XII-3.I	
<i>Matabeleland</i>				
Lupane D.	1	0		
<b>Asia — Asie</b>				
BURMA — BIRMANIE	8-14.XII		15-21.XII	
<i>Kaya State</i>				
Loikaw D.	0	0	2	0
<i>Mandalay Division</i>				
<i>Districts</i>				
Meiktila	3	0	0	0
Myingyan	4	1	0	0
<i>Shan State</i>				
Taunggyi D.	23	1	9	0
			22-28.XII	
<i>Kachin State</i>				
Myitkyina D.			1	0
<i>Kaya State</i>				
Loikaw D.			1	0
<i>Shan State</i>				
Taunggyi D.			11	0
VIET-NAM REP.				
<i>Thua-Thien Province</i>				
Phuvang D.	1	0		

VIET-NAM REP. (contd — suite)		15-21.XII	
<i>Provinces</i>			
Lam-Dong		1s	0
Quang-Nam		1	0
		8-14.XII	
Thua-Thien Province		21s	2s
		1-7.XII	
Danang (excl. PA)		2s	0
Thua-Thien Province		2s	0
<b>CHOLERA<sup>1</sup> — CHOLÉRA<sup>1</sup></b>			
<b>Africa — Afrique</b>			
	C	D	
ANGOLA		9-15.XII	
	1	0	
CHAD — TCHAD		22-28.X	
	3	1	
KENYA		19-26.XII	
	370	17	
NIGERIA — NIGÉRIA		1.IX-2.XI	
	62	3	
SOUTHERN RHODESIA		28.XII-3.I	
RHODÉSIE DU SUD			
	8	1	
		21-27.XII	
	2	0	
		17-20.XII	
	4	0	
UPPER VOLTA		10-23.XI	
HAUTE-VOLTA			
	2	0	
<b>Asia — Asie</b>			
	C	D	
BANGLADESH		8-14.XII	
	128	1	
		1-7.XII	
	169	0	
		24-30.XI	
	194	8	
BURMA — BIRMANIE		22-28.XII	
	16	0	
		15-21.XII	
	6	0	
		8-14.XII	
	19	2	
INDIA — INDE		22-28.XII	
	10	0	
		15-21.XII	
	122	4	

INDIA (contd) — INDE (suite)	8-14.XII	
	137	9
INDONESIA — INDONÉSIE	10.III-9.XI	
	2 660	240
KUWAIT — KOWEÏT	31.XII-2.I	
	3i	1i
MALAYSIA — MALAÏSIE	15-21.XII	
	1	0
PHILIPPINES	15-21.XII	
	11	0
	8-14.XII	
	10	0
	1-7.XII	
	19	0
SAUDI ARABIA		
ARABIE SAOUDITE		
	16.XII-6.I	
	91	48
SRI LANKA		
	7-13.XII	
	140	14
	30.XI-6.XII	
	120	6
THAILAND — THAÏLANDE	15-21.XII	
	4	1
	8-14.XII	
	5	0

<sup>1</sup> The total number of cases and deaths reported for each country occurred in infected areas already published, or in newly infected areas, see page 10 / Tous les cas et décès notifiés pour chaque pays se sont produits dans des zones infectées déjà signalées ou dans des zones nouvellement infectées, voir page 10.

**SMALLPOX — VARIOLE**

**Africa — Afrique**

	C	D	C	D
ETHIOPIA			8-14.XII	
ÉTHIOPIE			15-21.XII	
<i>Provinces</i>				
Arusi	1	...	0	0
Begemdir	5	...	0	0
Gojam	5	...	9	...
Shoa	1	...	0	0
Sidamo	1	...	11	...
Wollo	0	0	2	...
<b>Asia — Asie</b>				
	C	D	C	D
BANGLADESH			15-21.XII	22-28.XII
<i>Chittagong Division</i>				
Commilla (Tippera) D.	4	0	0	0
<i>Dacca Division</i>				
<i>Districts</i>				
Dacca	0	0	1	1
Mymensingh	27	3	79	11
Tangail	0	0	1	0

SMALLPOX (contd) — VARIOLE (suite)				INDIA (contd) — INDE (suite)				INDIA (contd) — INDE (suite)			
Asia (contd) — Asie (suite)				Bihar State				INDIA (contd) — INDE (suite)			
				Districts				8-14.XII			
								C D			
BANGLADESH (contd — suite)								15-21.XII			
Rajshahi Division											
Districts											
Bogra . . . . .				0 0 12 1							
Dinajpur . . . . .				4 0 2 0							
Rangpur . . . . .				8 1 62 11							
				29.XII-4.I							
Divisions											
Dacca . . . . .				5 . . .							
Khulna . . . . .				5 . . .							
Rajshahi . . . . .				64 . . .							
INDIA — INDE				22-28.XII							
Assam State											
Goalpara D. . . . .				4 . . .							
Madhya Pradesh State											
Rewa D. . . . .				11 . . .							
Orissa State											
Puri D. . . . .				2 . . .							
Uttar Pradesh State											
Districts											
Aligarh . . . . .				6 . . .							
Allahabad . . . . .				11 . . .							
Azamgarh . . . . .				19 . . .							
Bareilly . . . . .				1 . . .							
Bijnor . . . . .				1 . . .							
Deoria . . . . .				2 . . .							
Ghazipur . . . . .				2 . . .							
Gonda . . . . .				2 . . .							
Hardoi . . . . .				6 . . .							
Moradabad . . . . .				5 . . .							
Rampur . . . . .				3 . . .							
Shahjahanpur . . . . .				1 . . .							
West Bengal State											
Calcutta Corp. D. . . . .				2 . . .				8-14.XII			
				15-21.XII							
Assam State											
Districts											
Goalpara . . . . .				8 . . .							
Sibsagar . . . . .				17 . . .							

Areas Removed from the Infected Area List between 20 December 1974 and 9 January 1975

Territoires supprimés de la liste des zones infectées entre les 20 décembre 1974 et 9 janvier 1975

For criteria used in compiling this list, see No. 50, 1974, page 420 — Les critères appliqués pour la compilation de cette liste sont publiés dans le N° 50, 1974, à la page 420.

CHOLERA — CHOLÉRA	Jawa Tengah Province	Hulu Sungai Utara Regency	SMALLPOX — VARIOLE
Africa — Afrique	Boyolali Regency	Tabalong Regency	Asia — Asie
NIGER	Demak Regency	Tanah Laut Regency	INDIA — INDE
Niamey Departement	Grobogan Regency	Lampung (Sumatera) Province	Assam State
Niamey Arrondissement	Karanganyar Regency	Lampung Utara Regency	Darrang District
Asia — Asie	Kebumen Regency	Sumatera Barat Province	Kamrup District
INDIA — INDE	Pekalongan (P) Municipality	Pasaman Regency	Nowgong District
Andhra Pradesh State	Pemalang Regency	Yogyakarta (Jawa) Province	Bihar State
Adilabad District	Rembang Regency	Kulonprogo Regency	Beghusarai District
Maharashtra State	Semarang Regency	MALAYSIA — MALAISIE	Bhagalpur District
Jalgaon District	Tegal (P) Municipality	Sarawak	Samastipur District
Sangli District	Jawa Timur Province	Kuching Division	Maharashtra State
Mysore State	Blitar Regency	Kuching District	Bhandara District
Bangalore District	Bondowoso Regency	Simnanggang Divistan	Sangli District
Hassan District	Jember Regency	West Malaysia	Manipur Territory
Mandya District	Jombang Regency	Johore State	Uttar Pradesh State
Shimoga District	Kediri Municipality	Pontian Health District	Gorakhpur District
INDONESIA — INDONÉSIE	Malang Municipality	Penang State	Hamirpur District
Jambi (Sumatera) Province	Panarukan (P) Regency	North-East Penang Health District	West Bengal State
Jambi (P) Municipality	Pasuruan Regency	Trengganu State	Burdwan District
	Probolinggo (P) Municipality	Kuala Trengganu Health District	24-Parganas District
	Probolinggo Regency		
	Kalimantan Selatan Province		
	Banjarmasin (P) Municipality		
	Barito Kuala Regency		

Price of the Weekly Epidemiological Record

Prix du Relevé épidémiologique hebdomadaire

Per single copy . . . . .	Fr. s. 2.00	\$0.70	30p . . .	Par numéro
Annual subscription . . . . .	Fr. s. 90.—	\$31.50	£13-50 . . .	Abonnement annuel