



WORLD HEALTH ORGANIZATION
GENEVA

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
GENÈVE

WEEKLY EPIDEMIOLOGICAL RECORD

RELEVÉ ÉPIDÉMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE

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

Service de la Surveillance épidémiologique des Maladies transmissibles
Adresse télégraphique: EPIDNATIONS GENÈVE Telex 27821

Automatic Telex Reply Service
Telex 28150 Geneva with ZCZC and ENGL for a reply in English

Service automatique de réponse
Télex 28150 Genève suivi de ZCZC et FRAN pour une réponse en français

26 OCTOBER 1979

54th YEAR — 54^e ANNÉE

26 OCTOBRE 1979

NO SMALLPOX

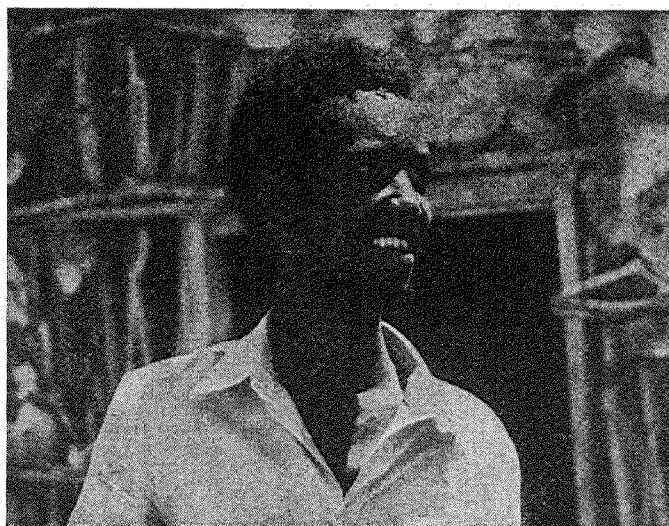
26 October 1977
to
26 October 1979

2

YEARS / ANS

SANS VARIOLE

26 octobre 1977
au
26 octobre 1979



Exactly two years to the day have elapsed since this man fell ill with smallpox in the town of Merca in southern Somalia. He is the world's last known case of endemic smallpox.

The basic criterion for confirming the eradication of smallpox is that two years must have elapsed without a case of smallpox being detected by a system of surveillance sufficiently sensitive to have detected a case had it occurred.¹ This criterion has now been met. The evidence will be subjected to critical review by a panel of experts, the Global Commission for the Certification of Smallpox Eradication. Their report will be the basis of a presentation to the World Health Assembly in May 1980. The endorsement of eradication will signify formal recognition that routine smallpox vaccination and vaccination certificates are unnecessary. The risk of complications from vaccination is obviously greater than the risk of getting smallpox which is now zero.

¹ Wld Hlth Org. Techn. Rep. Ser., 1972, No. 493.

Deux années exactement se sont écoulées depuis que cet homme a contracté la variole dans la ville de Merca en Somalie du Sud. Il s'agissait du dernier cas connu au monde de variole endémique.

Le critère fondamental de confirmation d'éradication de la variole est que deux années se soient écoulées sans qu'un cas de variole ait été décelé par un système de surveillance suffisamment sensible pour avoir pu détecter tout cas qui se serait produit.¹ Cette condition se trouve maintenant remplie. Les pièces du dossier feront l'objet d'un bilan critique de la part d'un groupe d'experts, à savoir la Commission mondiale pour la Certification de l'Eradication de la Variole. Le rapport de cette Commission servira de base à un exposé qui sera présenté à l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 1980. L'entérinement de l'état d'éradication apportera la confirmation officielle que la vaccination antivariolique systématique et l'exigence de la production de certificats de vaccination n'ont plus de raison d'être. Le risque de complications vaccinales est de toute évidence plus grand que le risque de contracter la variole, qui est devenu nul.

¹ Org. mond. Santé Sér. Rapp. techn., 1972, N° 493.

Epidemiological notes contained in this number:

Adverse Reactions to Smallpox Vaccination, Cholera Surveillance, Imported Infections, Smallpox Surveillance, Surveillance of Foodborne Outbreaks, Tuberculosis Surveillance.

List of Infected Areas, p. 335.

Informations épidémiologiques contenues dans ce numéro:

Infections importées, réactions adverses à la vaccination anti-variolique, surveillance de la tuberculose, surveillance de la variole, surveillance des poussées d'origine alimentaire, surveillance du choléra.

Liste des zones infectées, p. 335.

ADVERSE REACTIONS TO SMALLPOX VACCINATION

UNITED KINGDOM. — The following is quoted from the weekly *Communicable Disease Report*, CDR 79/38, 28 September 1979, published by the Public Health Laboratory Service in the United Kingdom.

"On 20 September 1979, a two-year-old girl was admitted, seriously ill with a vesicular rash, to an isolation cubicle in a general hospital. The rash had appeared on the first day of illness seven days earlier and was more dense on the limbs than on the trunk; her hands and face were also affected. She had a history of eczema and had not been abroad. The original diagnosis was chickenpox but poxvirus was seen by electron microscopy of vesicle fluid. In a subsequent visit to the girl's home, it was discovered that she had been playing with a child who had been vaccinated on 3 September, prior to travelling abroad. Virus cultures had confirmed the diagnosis of vaccinia. At the time of writing, the outlook for the girl is grave. This sad incident emphasizes the need for strict precautions with smallpox vaccine."

(Based on/D'après: *Communicable Disease Report*,

KUWAIT. — A five-month old boy was vaccinated against smallpox on 24 April 1979. A month later he was admitted to hospital with an ulcerative lesion involving the entire arm circumference. Despite intensive care, lesions developed on the trunk, perineum and buttocks which eventually coalesced forming large destructive ulcers. The child's general condition deteriorated and he died on 15 July 1979.

(Based on/D'après: *Monthly Epidemiological Report*, No. 7, July/juillet 1979, Ministry of Public Health, Kuwait.)

List of the Countries or Areas requiring Smallpox Vaccination Certificates from All Arrivals as of 24 October 1979
Liste des pays ou zones exigeant des certificats de vaccination antivariolique de tous les voyageurs au 24 octobre 1979

Angola
Belize
Benin — Bénin
Bhutan — Bhoutan
Bolivia — Bolivie
Botswana
Brunei — Brunéi
Chad — Tchad
* China — Chine
Comoros — Comores
Congo
Democratic Kampuchea — Kampuchéa démocratique
Djibouti
East Timor — Timor oriental
Equatorial Guinea — Guinée orientale
Guinea — Guinée
Iran
Ivory Coast — Côte d'Ivoire
Lao People's Democratic Republic — République démocratique populaire lao
Lesotho

RÉACTIONS ADVERSES À LA VACCINATION ANTIVARIOLIQUE

ROYAUME-UNI. — Les lignes qui suivent sont la traduction d'un extrait du *Communicable Disease Report*, CDR 79/38, du 28 septembre 1979, organe hebdomadaire du *Public Health Laboratory Service* du Royaume-Uni.

« Le 20 septembre 1979, une fillette de deux ans présentant de graves manifestations d'éruption vésiculeuse a été admise dans une cellule d'isolement d'un hôpital général. L'éruption, apparue dès le premier jour de la maladie sept jours plus tôt, était plus dense sur les membres que sur le tronc; les mains et la face étaient également affectées. La malade avait des antécédents d'eczéma et ne s'était pas rendue à l'étranger. Il a d'abord été porté un diagnostic de chickenpox, mais l'examen au microscope électronique du liquide vésiculeux a révélé la présence de poxvirus. Lors d'une visite ultérieure au foyer de la fillette, on a appris qu'elle avait joué avec un enfant qui avait été vacciné le 3 septembre en prévision d'un voyage à l'étranger. Les cultures de virus ont confirmé le diagnostic de vaccine. A l'heure où sont rédigées ces lignes, le pronostic est sombre. Ce triste incident souligne la nécessité absolue de prendre de strictes précautions avec le vaccin antivariolique. »

No. 38, 1979; *Public Health Laboratory Service*.)

Koweït. — Le 24 avril 1979, un petit garçon de cinq mois a été vacciné contre la variole. Un mois après il a été hospitalisé pour une ulcération intéressant toute la circonférence du bras. Malgré des soins intensifs, des lésions sont apparues sur le torse, le périnée et les fesses du bébé et ont fini par se souder entre elles, formant de larges ulcérations qui ne cessaient de s'aggraver. Son état général se détériorant, l'enfant est mort le 15 juillet 1979.

Libyan Arab Jamahiriya — Jamahiriya arabe libyenne
Madagascar
Mali
Namibia — Namibie
Nepal — Népal
Oman
Philippines
Sao Tome and Principe — Sao Tomé-et-Principe
Seychelles
Sierra Leone
Southern Rhodesia — Rhodésie du Sud
Sudan — Soudan
Uganda — Ouganda
United Republic of Cameroon — République-Unie du Cameroun
Upper Volta — Haute-Volta
Zaire — Zaïre

* The Health Administration has advised that a certificate is no longer necessary from all travellers but maintains the requirement with respect to a large number of countries.¹

It should be noted that, in some instances, there is a need for legislation to change vaccination laws and this process may cause delays in changing requirements for smallpox certificates. This list of countries will be modified as notifications of change in requirements are received by the Organization.

¹ See No. 17, p. 135.

EDIROTIAL NOTE: An increasing number of health administrations are receiving complaints from doctors who are concerned about the possibility of adverse reactions resulting from unnecessary vaccination in relation to international travel. One of the problems is that, although a Member State may no longer require a smallpox vaccination certificate, the embassies and/or consulates of these countries abroad are still insisting that a certificate is required and in some instances refuse to issue visas without them. The opportunity is taken at this second anniversary of the world's last known case of endemic smallpox to ask all health administrations to ensure that the vaccination certificate requirements of their embassies and consulates abroad reflect the views of the national health administration. Specifically with respect to smallpox it is emphasized that no vaccination certificate should be required from any traveller.

* L'Administration de la Santé a notifié qu'un certificat n'était plus exigé de tous les voyageurs mais qu'elle le maintenait encore pour un grand nombre de pays.¹

On notera que, dans certains cas, les lois en matière de vaccination doivent être modifiées, ce qui peut retarder le changement des dispositions relatives aux certificats de vaccination antivariolique. La liste des pays sera modifiée au fur et à mesure que les changements seront notifiés à l'Organisation.

¹ Voir N° 17, p. 135.

NOTE DE LA RÉDACTION: Un nombre croissant d'administrations sanitaires sont saisies de plaintes en provenance de médecins qu'inquiète le risque d'induction de réactions nocives par des vaccinations pratiquées sans nécessité en relation avec des voyages internationaux. Un des problèmes vient de ce que, même lorsqu'un Etat Membre a cessé d'exiger la présentation de certificats de vaccination antivariolique, ses ambassades et/ou consulats à l'étranger continuent d'insister sur la nécessité de la possession d'un certificat et, dans quelques cas, subordonnent la délivrance de visas à la production d'un tel document. A l'occasion de ce deuxième anniversaire du constat du dernier cas connu de variole dans le monde, il est demandé à toutes les administrations sanitaires de veiller à ce que leurs ambassades et consulats alignent leur position en matière de certificats de vaccination exigés sur celle de l'administration sanitaire nationale. Pour ce qui concerne particulièrement la variole, il est souligné qu'un certificat de vaccination ne devrait être exigé de la part d'aucun voyageur.

TUBERCULOSIS SURVEILLANCE

AUSTRALIA. — There were 1 292 new notifications of tuberculosis in 1978 of which 1 042 were pulmonary. If reactivations are included, the total was 1 364 with 1 106 being pulmonary. The rate for new notifications was 9.1 per 100 000 population, a level which has remained relatively constant around 10 per 100 000 since 1974.

This situation serves to remind many members of the public and some of the health profession that tuberculosis cannot be considered a disease of the past. It cannot yet be looked at as some other diseases like poliomyelitis and diphtheria (one and three cases respectively in 1978). In 1948, when the Commonwealth entered into financial arrangements with the States for an anti-tuberculosis campaign, the incidence was 46.8 per 100 000. Over \$300 million was spent in this campaign until the end of 1976 when it was decided that the States could absorb the campaign in their normal public health activities.

Australia is currently admitting over 10 000 refugees per year from Indochina and the countries from which they come have a higher incidence of tuberculosis. In 1978, 237 cases were reported in these refugees and, in fact, 47.5% of all cases were in people born outside Australia and these persons account for only 20% of the population. Any refugees with tuberculosis are treated prior to departure and are non-infectious when entering Australia but nevertheless require continuing treatment and follow-up. To maintain the low incidence which has been achieved, effective surveillance over the next few years is critical, particularly as the Australian population is vulnerable due to low exposure and because protection with BCG is not widespread. Tuberculosis must continue to be considered in the differential diagnosis, particularly of chest diseases and, in certain situations, the early detection of one case may well prevent the occurrence of many other cases.

(Based on/D'après: *Communicable Diseases Intelligence*, Australia, No. 79/14.)

UNITED STATES OF AMERICA. — In 1978, 28 521 cases of tuberculosis were reported to the Center for Disease Control, for a case rate of 13.1 per 100 000. This represents a decrease, since 1977, of 5.4% in the number of cases reported and of 5.8% in the case rate. Case rates for the 50 states in 1978 ranged from 32.3 per 100 000 in Hawaii to 1.9 per 100 000 in Nebraska. Case rates decreased in 34 states and the District of Columbia. The percent decrease ranged from 2.3% in Idaho to 50.5% in Hawaii. However, case rates increased in 15 states. The percent increase ranged from 1.5% in Florida to 43.6% in Wisconsin.

Tuberculosis case rates continued to be higher in areas with large proportions of Black, Asian, American Indian, and Hispanic populations and in urban areas. The case rate of persons living in cities of 250 000 or more was 22.5 per 100 000—1.7 times the national case rate. Urban rates ranged from 50.4 per 100 000 in San Francisco, California, to 2.4 per 100 000 in Douglas County (Omaha), Nebraska. In 1978, the case rate increased in 21 (38%) of the country's 56 largest cities.

EDITORIAL NOTE: The observed decreases in cases and in the case rate in 1978 are consistent with the progressive decline in the incidence of tuberculosis over the last 25 years. However, 36.5% of the decrease in cases is attributable to Hawaii and New York City, both of which established more stringent criteria for case reporting in 1978. The marked increase in Wisconsin is thought to have been caused, in part, by improved surveillance.

Tuberculosis remains an important public health problem in spite of an impressive decline in national incidence during this century. Pockets with persistently high case rates remain in areas with large numbers of socio-economically deprived persons or immigrants from high-prevalence areas such as Asia, Africa, and Latin America. Groups of these persons often congregate in urban areas, accounting in large part for the high rates observed in major cities.

(Based on/D'après: *Morbidity and Mortality*, 1979, 28, No. 27; *US Center for Disease Control*.)

SURVEILLANCE DE LA TUBERCULOSE

AUSTRALIE. — En 1978, 1 292 cas nouveaux de tuberculose, dont 1 042 cas de tuberculose pulmonaire, ont été notifiés. Si l'on ajoute les récidives, le total est de 1 364 cas, dont 1 106 pour la tuberculose pulmonaire. Le taux des notifications de cas nouveaux a été de 9,1 pour 100 000 habitants, ce taux étant demeuré relativement constant (10 pour 100 000 environ) depuis 1974.

Cette situation permet utilement de rappeler à de nombreux membres du public, et à certains membres des professions médico-sanitaires, que la tuberculose n'est pas une maladie du passé, comme le sont par exemple la poliomyélite et la diphtérie (un cas et trois cas respectivement en 1978). En 1948, lorsque l'Administration fédérale australienne a conclu des arrangements financiers avec les différents Etats de la fédération pour le lancement d'une campagne antituberculeuse, l'incidence était de 46,8 pour 100 000. Plus de \$300 millions ont été consacrés à cette campagne jusqu'à la fin de 1976, date à laquelle il a été décidé que les différents Etats pourraient la prendre eux-mêmes en charge dans le cadre de leurs activités normales de santé publique.

A l'heure actuelle, l'Australie accueille annuellement plus de 10 000 réfugiés en provenance des pays de l'Indochine où l'incidence de la tuberculose est plus élevée qu'en Australie. En 1978, 237 cas ont été signalés parmi ces réfugiés; qui plus est, 47,5% du total des cas se sont déclarés chez des personnes nées ailleurs qu'en Australie et qui ne représentent que quelque 20% de la population. Les réfugiés atteints de la tuberculose sont traités avant leur départ et ne sont pas infectieux au moment où ils pénètrent en Australie, mais ils ont néanmoins besoin en permanence d'un traitement et de soins post-thérapeutiques. Pour maintenir le faible taux d'incidence qui a été atteint, il est indispensable d'assurer une surveillance efficace au cours des quelques années qui viennent, notamment du fait que la population australienne, peu exposée à la maladie, est très vulnérable, et qu'elle n'est généralement pas protégée par le BCG. La possibilité de tuberculose doit toujours être envisagée dans le diagnostic différentiel, en particulier des maladies du thorax, et, dans certains cas, le dépistage précoce d'un seul cas peut prévenir l'apparition de nombreux autres.

ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE. — En 1978, le *Center for Disease Control* a reçu notification de 28 521 cas de tuberculose, soit un taux de morbidité de 13,1 pour 100 000, ce qui représente une diminution de 5,4% du nombre des cas notifiés et de 5,8% de la morbidité par rapport à 1977. Dans les 50 Etats du pays, la morbidité s'est échelonnée en 1978 de 32,3 pour 100 000 à Hawaii à 1,9 pour 100 000 au Nebraska. Elle a baissé dans 34 Etats ainsi que le District de Columbia, le pourcentage de baisse variant de 2,3% dans l'Idaho à 50,5% à Hawaii. Par contre, elle a augmenté dans 15 Etats, de 1,5% en Floride à 43,6% dans le Wisconsin.

Comme les années précédentes, la morbidité a été particulièrement élevée dans les régions comptant une forte proportion de populations noire, asiatique, amérindienne et hispanique ainsi que dans les zones urbaines. Pour les villes de 250 000 habitants ou plus, la morbidité était de 22,5 pour 100 000, soit 1,7 fois le taux national. Dans les villes, elle variait de 50,4 pour 100 000 à San Francisco, Californie, à 2,4 pour 100 000 dans le comté de Douglas (Omaha), Nebraska. En 1978, le taux de morbidité a augmenté dans 21 (38%) des 56 principales agglomérations du pays.

NOTE DE LA RÉDACTION: La diminution du nombre des cas et du taux de morbidité observée en 1978 est dans la ligne de la régression progressive de l'incidence de la tuberculose au cours des 25 dernières années. Il est toutefois à noter que, pour 36,5%, la diminution est imputable à Hawaii et à la ville de New York, deux localités où des normes de notification plus rigoureuses ont été établies en 1978. Il y a lieu de penser que l'augmentation sensible observée dans le Wisconsin est due, en partie, à une amélioration de la surveillance.

La tuberculose continue de poser un important problème de santé publique en dépit de l'impressionnante régression de l'incidence à l'échelon national depuis le début du siècle. Des poches de forte morbidité subsistent dans des secteurs où vit un grand nombre de personnes socio-économiquement défavorisées ou d'immigrés venus de parties du monde où la prévalence est élevée comme l'Asie, l'Afrique et l'Amérique latine. Ces personnes ont tendance à se regrouper dans les zones urbaines, ce qui explique en grande partie les taux élevés observés dans les grandes agglomérations.

IMPORTED INFECTIONS

UNITED KINGDOM. — In Scotland in 1978, there were 234 reports to the CDS Unit of infections imported from outside the country. This compares with 229 cases during 1976 and 258 in 1977.

Most cases were reported from Lothian (67 persons or 8.9 per 100 000 population), followed by Greater Glasgow (44 or 4.0 per 100 000), Tayside (36 or 8.9 per 100 000) and Grampian (29 or 6.5 per 100 000).

The seasonal distribution of cases shown in Table 1 highlights the greater amount of travel undertaken during the holiday months in the European summer and autumn.

Of the 234 cases reported, 138 (59.0%) were males and 96 females (41.0%). Young adults aged between 15 and 34 years were infected in 109 cases (46.6%) and older adults between 35 and 54 years accounted for a further 67 cases (28.6%). Schoolchildren under 15 years comprised 18 cases (7.7%) and pre-school children 16 cases (6.8%).

INFECTIONS IMPORTÉES

ROYAUME-UNI. — En 1978, 234 cas d'infections importées ont été notifiés au CDS Unit contre 229 en 1976 et 258 en 1977.

Les cas les plus nombreux ont été signalés à Lothian (67 personnes ou 8,9/100 000), puis dans l'agglomération de Glasgow (44 cas ou 4/100 000), à Tayside (36 cas ou 8,9/100 000) et à Grampian (29 cas ou 6,5/100 000).

La distribution saisonnière des cas, présentée dans le Tableau 1, fait ressortir l'augmentation du nombre de voyages au cours de l'été et de l'automne européens qui sont la période de vacances.

Sur les 234 cas notifiés, 138 (59%) concernaient le sexe masculin et 96 (41%), le sexe féminin. Les jeunes adultes de 15 à 34 ans totalisaient 109 cas (46,6%), les adultes de 35 à 54 ans, 67 cas (28,6%), les écoliers de moins de 15 ans, 18 cas (7,7%) et les enfants d'âge préscolaire, 16 cas (6,8%).

Table 1. Seasonal Distribution of Imported Infections by Month, Scotland, 1978
Tableau 1. Distribution saisonnière des infections importées, par mois, Ecosse, 1978

	January Janvier	February Février	March Mars	April Avril	May Mai	June Juin	July Juillet	August Août	Sept.	Oct.	Nov.	Dec.
Number of Cases — Nombre de cas	16	8	7	8	9	20	18	44	26	27	25	26

The reasons for travel to and from overseas countries are shown in Table 2.

Le Tableau 2 indique les raisons des voyages outremer dans les deux sens.

Table 2. Reasons for Travel of Persons Importing Infections, Scotland, 1978
Tableau 2. Motif du voyage des personnes ayant contracté une infection, Ecosse, 1978

	Number of Travellers Nombre de voyageurs	Percentage Pourcentage
Holiday — Vacances	159	67.9%
Business — Affaires	26	11.1%
Employed overseas — Emploi outre-mer	15	6.4%
Immigrant — Immigration	12	5.1%
Ship/Air Crew — Equipage de navire ou d'aéronef	9	3.8%
Accompanying spouse or parents — Epouse ou parents accompagnants	7	3.0%
Other — Autres	6	2.6%

As in previous years, holiday makers once more predominated with 159 cases (67.9%). In April, several persons from different towns in Central and East Scotland were found to be infected by *Salmonella typhimurium* phage type 96, following a holiday at the one hotel at which a large outbreak had occurred. Between July and September several cases of infection by *S. infantis*, *S. typhimurium* type 1, *Shigella boydii* and/or *Campylobacter* sp. were identified among different groups of holidaymakers from various towns in Central and West Scotland who had been staying at the same hotel.

The most commonly reported infections were salmonellosis (96 cases), malaria (45), shigellosis (30), campylobacter gastroenteritis (23), giardiasis (13), and enteric fever (7). Although the overall pattern of infection is similar to previous years, salmonellosis showed an increase compared with 69 cases in 1977, and imported campylobacter infections were reported for the first time. The incidence of malaria cases was identical to the previous year, with several cases giving a history of premature discontinuation of anti-malarial prophylaxis. Of unusual interest was a case of paratyphoid C fever in a 35-year-old Glasgow man who had been working in Nigeria.

Other infections reported included amoebic dysentery (3 cases), pulmonary tuberculosis (2), infectious hepatitis (2) and helminthic infections (3). Included among the 234 cases were six patients who had acquired double infections viz. *Salmonella* sp. and *Campylobacter* sp. (2 patients), *Salmonella* sp. and *S. flexneri* (1), *Salmonella* sp. and enteropathogenic *Escherichia coli* (1), *S. flexneri* and *S. boydii* (1), and malignant tertian malaria and *Entamoeba histolytica* (1).

In addition several patients with salmonella infections had more than one serotype isolated, among whom was a group of five overland travellers from Glasgow who were found to be excreting a combination of *S. alachua*, *S. kentucky*, *S. ohio*, *S. singapore* and *S. 3, 10:r:* (monophasic) on their return from Asia.

Comme lors des années précédentes, ce sont les vacanciers qui prédominent avec 159 cas (67,9%). En avril, plusieurs personnes habitant diverses villes d'Ecosse centrale et orientale se sont révélées infectées par *Salmonella typhimurium*, type 96, après avoir séjourné dans l'unique hôtel de Tenerife, siège d'une vaste épidémie. Entre juillet et septembre, plusieurs cas d'infections par *S. infantis*, *S. typhimurium* type 1, *Shigella boydii* et/ou *Campylobacter* ont été identifiés dans différents groupes de vacanciers d'Ecosse centrale et occidentale qui avaient séjourné dans le même hôtel.

Les infections le plus couramment notifiées ont été les salmonelloses (96 cas), le paludisme (45), les shigelloses (30), les gastro-entérites à *Campylobacter* (23), la giardiase (13), et la fièvre typhoïde (7). Bien que le tableau général de l'infection soit semblable à celui des années précédentes, les salmonelloses accusent un accroissement par rapport aux 69 cas de 1977 et les infections à *Campylobacter* apparaissent pour la première fois. L'incidence des cas de paludisme reste identique à celle de l'année précédente, plusieurs cas étant liés à une interruption prématurée de la prophylaxie antipaludique. Un cas d'un intérêt exceptionnel est une fièvre paratyphoïde C, observée chez un homme de 35 ans, venant de Glasgow et travaillant au Nigéria.

Parmi les autres infections notifiées figuraient: la dysenterie amibienne (3 cas), la tuberculose pulmonaire (2), l'hépatite infectieuse (2) et les infections à helminthiases (3). Sur les 234 cas, six malades avaient contracté une double infection, à savoir: *Salmonella* et *Campylobacter* (2 malades); *Salmonella* et *S. flexneri* (1); *Salmonella* et *Escherichia coli* entéropathogène (1); *S. flexneri* et *S. boydii* (1), et un paludisme tertiaire malin avec infection à *Entamoeba histolytica* (1).

En outre, on a isolé plusieurs sérotypes chez plusieurs malades atteints de salmonellose, notamment dans un groupe de cinq voyageurs de Glasgow qui, revenant d'Asie, excrétaient une association de *S. alachua*, *S. kentucky*, *S. ohio*, *S. singapore* et *S. 3, 10 r* (monophasique).

Sporadic infections occurred in 186 cases while the other 48 were associated with other persons within the family or who had been on the same holiday or journey overseas. In three instances only—salmonellosis (2 cases) and hepatitis B (1), was there any evidence of secondary spread of infection to family or other contacts after returning home.

Dans 186 cas, il s'agissait d'une infection sporadique, et dans les 48 autres l'infection était associée à d'autres membres de la famille ou du groupe ayant eu les mêmes vacances ou fait le même voyage outremer. On n'a observé que dans trois cas — salmonellose (2 cas) et hépatite B (1) — des infections secondaires communiquées à la famille ou à d'autres contacts après le retour à domicile.

(Based on/D'après: *Communicable Diseases Scotland*, 79/29.)

SURVEILLANCE OF FOODBORNE OUTBREAKS

Paralytic Shellfish Poisoning

CANADA. — Six incidents of paralytic shellfish poisoning occurred between 5 and 10 July 1979 in three different areas of New Brunswick. Twelve of 24 persons who had consumed steamed or deep fried clams became ill with typical symptoms. A very rapid rise in paralytic shellfish poison in areas normally considered to be of low toxicity was not recognized in time to close the areas for harvesting before illness could occur.

EDITORIAL NOTE: Paralytic shellfish poisoning occurs occasionally from shellfish consumed in various provinces of Canada (British Columbia, Quebec, Nova Scotia and New Brunswick), as well as in other parts of the world. The poison accumulates in the shellfish through the ingestion of certain dinoflagellates. The shellfish affected on the east coast include clams, mussels and whelks; *Gonyaulax tamarensis* is the dinoflagellate responsible. The Canadian government has a regular monitoring programme in areas known to contain shellfish which may be toxic. Samples are taken regularly and extracts are sent to Ottawa for bioassays of the toxin. Significant results are phoned to the Fisheries region responsible, so that immediate action can be taken. Normally, officials can predict when areas should be closed because toxin levels gradually increase over a number of samplings. In the southern New Brunswick incidents however, the increase in toxicity was very rapid and did not allow the necessary preventive actions in time. In the past, most episodes of illness have resulted from the collection of shellfish by local residents or visitors who either were unaware of the dangers or ignored the warning notices. As of mid-July 1979, the entire New Brunswick Fundy coast and the west coast of Nova Scotia south of the Minas Basin was closed until further notice.

SURVEILLANCE DES POUSSÉES D'ORIGINE ALIMENTAIRE

Intoxication paralysante par les coquillages

CANADA. — Six poussées d'intoxication paralysante par les coquillages (IPC) se sont produites entre le 5 et le 10 juillet 1979 en trois endroits différents du Nouveau-Brunswick. Douze des 24 personnes qui avaient consommé des palourdes cuites à la vapeur ou frites ont présenté les symptômes typiques de l'affection. L'augmentation très rapide de la teneur en toxines des coquillages dans des régions normalement considérées comme peu dangereuses n'a pas été constatée suffisamment tôt pour que la cueillette soit interdite avant qu'il se produise des cas d'intoxication.

NOTE DE LA RÉDACTION: L'intoxication paralysante par les coquillages s'observe occasionnellement dans diverses provinces du Canada (Colombie britannique, Québec, Nouvelle-Ecosse et Nouveau-Brunswick) ainsi que dans d'autres parties du monde. La toxine s'accumule dans les coquillages par ingestion de certains dinoflagellés. Parmi les coquillages en cause de la côte orientale figurent les palourdes, les moules et les buccins; le dinoflagellé responsable est *Gonyaulax tamarensis*. Le Gouvernement canadien assure un programme de surveillance régulière dans les régions exposées au risque. Des échantillons sont prélevés périodiquement et des extraits sont envoyés à Ottawa pour le dosage biologique de la toxine. Lorsqu'il y a lieu, les résultats sont communiqués par téléphone à la région des Pêches intéressée afin que les mesures nécessaires puissent être prises immédiatement. Normalement, les fonctionnaires sont en mesure de prévoir le moment où il faudra interdire la récolte de coquillages, la toxicité des échantillons augmentant graduellement. Toutefois, dans le cas des intoxications de la côte sud du Nouveau-Brunswick, l'augmentation de la toxicité a été trop rapide pour qu'il soit possible de prendre à temps les précautions nécessaires. Dans le passé, la plupart des épisodes d'intoxication étaient dus à des récoltes de coquillages faites par des résidents ou des visiteurs inconscients du danger ou indifférents aux mises en garde. Depuis la mi-juillet 1979, la cueillette est interdite jusqu'à nouvel ordre tout le long de la côte de la baie de Fundy située du côté du Nouveau-Brunswick et le long de la côte ouest de la Nouvelle-Ecosse au sud du bassin Minas.

(Based on / D'après: *Canada Diseases Weekly Report / Rapport hebdomadaire des Maladies au Canada*, Health and Welfare / Santé et Bien-Être social, Canada, Vol. 5, No. 32, 1979.)

CHOLERA SURVEILLANCE

Rapid Emergence of Resistant *Vibrio Cholerae* Strains

UNITED REPUBLIC OF TANZANIA. — The fourth recorded epidemic of cholera in the United Republic of Tanzania began on the east coast at Twasalie village in the Rufiji river basin at the beginning of October 1977. The management of the epidemic included the establishment of field treatment centres, enforcement of personal hygiene and environmental sanitation, and the use of antimicrobial agents, mainly tetracycline, as an adjunct to fluid and electrolyte replacement in treatment and in the chemoprophylaxis of close contacts. All isolates during the first month after the disease was recognized were fully sensitive to tetracycline, but after five months of extensive use of tetracycline therapeutically and prophylactically, 76% of isolates were observed to be resistant. Resistance to other antimicrobial agents was also observed to develop.

In an attempt to determine the reasons for this rapid emergence and spread of resistance to antimicrobial agents, 35 strains of *Vibrio cholerae* isolated from different areas of the United Republic of Tanzania have been examined. Of these 17 were sensitive to the antibiotics tested. The remainder were examined genetically to determine their mechanism of resistance. When tested by standard genetic techniques, 16 strains were shown to carry a transferable resistance plasmid (designated pUN100) which conferred resistance

SURVEILLANCE DU CHOLÉRA

Prolifération de souches de *Vibrio Cholerae* résistantes

RÉPUBLIQUE-UNIE DE TANZANIE. — La quatrième épidémie de choléra enregistrée en République-Unie de Tanzanie a commencé au village de Twasalie, dans le bassin du fleuve Rufiji, sur la côte orientale, au début d'octobre 1977. Pour y faire face, on a créé des centres de traitement sur le terrain, institué des mesures d'hygiène individuelle et d'assainissement et administré des agents antimicrobiens, principalement de la tétracycline, comme complément au remplacement des liquides et des électrolytes dans le traitement des cas et dans la chimioprophylaxie des contacts proches. Pendant le mois qui a suivi la reconnaissance de la maladie, tous les isolats ont été complètement sensibles à la tétracycline, mais après cinq mois d'une large utilisation thérapeutique et prophylactique de ce médicament, 76% des isolats se sont révélés résistants. On a également observé l'apparition d'une résistance à d'autres agents antimicrobiens.

Afin de déterminer les raisons de l'apparition et de la diffusion rapide de cette résistance, on a isolé 35 souches de *Vibrio cholerae* dans différentes régions de la République-Unie de Tanzanie. Dix-sept d'entre elles étaient sensibles aux antibiotiques testés et les autres ont fait l'objet d'un examen génétique visant à déterminer le mécanisme de leur résistance. Des tests pratiqués au moyen de techniques génétiques courantes ont révélé que 16 de ces souches contenaient un plasmide de résistance transférable (dénommé pUN100) conférant

Infected Areas as on 25 October 1979 — Zones infectées au 25 octobre 1979

For criteria used in compiling this list, see No. 41, page 319 — Les critères appliqués pour la compilation de cette liste sont publiés dans le N° 41, à la page 319.
 x Newly reported areas — Nouvelles zones signalées.

<p>PLAGUE — PESTE</p> <p>Africa — Afrique</p> <p>MADAGASCAR <i>Fianarantsoa Province</i> <i>Ambohimahasa S. Préf.</i> Kalalao Canton <i>Tananarive Province</i> <i>Miarinarivo S. Préf.</i> Analavory Canton <i>Soavinandriana S. Préf.</i> Soavinandriana Canton</p> <p>SUDAN — SOUDAN <i>Equatoria Province</i> Juba Rural Council</p> <p>ZAIRE — ZAÏRE <i>Kivu Province</i> <i>Région Nord-Kivu</i> Butembo Zone <i>Région Sud-Kivu</i> Shabunda Zone</p> <p>Asia — Asie</p> <p>BURMA — BIRMANIE <i>Shan State</i> Taunggyi District</p> <p>VIET NAM Centre Viet Nam Région Plateau de Tây Nguyên Région Sud Viet Nam Région</p>	<p><i>Cross River State</i> Oron <i>Kaduna State</i> Kaduna Katsina Province Katsina Prov.: Funtua Zaria Province <i>Lagos State</i> Ikeja Lagos Island Lagos Mainland Mushin West <i>Ogun State</i> Ijebu-Igbo Province Iiaro <i>Ondo State</i> Akure <i>Oyo State</i> Ibadan Province Oyo Prov.: Ikire Oyo Prov.: Ile-Ife <i>Plateau State</i> Barakin Ladi Bassa Jos Mangu Nasarawa Pankshun</p> <p>SUDAN — SOUDAN <i>Equatoria Province</i> Juba Town Nimule Town Tarkaka Town Tingli Town Torit Town</p> <p>TANZANIA, UNITED REP. OF TANZANIE, RÉP.-UNIE DE <i>Kigoma Region</i> Kasulu District <i>Lindi Region</i> Kilwa District Lindi District <i>Mbeya Region</i> Kyela District <i>Morogoro Region</i> Kilombero District <i>Mtwara Region</i> Mtwara District <i>Rukwa Region</i> Mpanda District</p> <p>UGANDA — OUGANDA <i>Nile Province</i> South Nile D.: Padyere County <i>Southern Province</i> North Kigezi District West Ankole District <i>Western Province</i> Rwenzori District</p> <p>ZAIRE — ZAÏRE Bandundu Province Bas-Zaïre Province Equateur Province Haut-Zaïre Province Kivu Province Shaba Province</p> <p>Asia — Asie</p> <p>BANGLADESH <i>Chittagong Division</i> Chittagong District Chittagong Hill Tract District Comilla (Tipperra) District Sylhet District <i>Dacca Division</i> Dacca District (excl. Dacca City) Faridpur District Mymensingh District Tangail District <i>Khulna Division</i> Bakerganj (Barisal) District Jessore District Khulna District Kushtia District Patuakhali District</p>	<p><i>Rajshahi Division</i> Bogra District Dinajpur District Pabna District Rajshahi District Rangpur District</p> <p>BURMA — BIRMANIE Rangoon (PA) (excl. airport) <i>Magwe Division</i> Magwe District Minbu District <i>Mandalay Division</i> Mandalay D.: Mandalay Myingyan D.: Myingyan <i>Pegu Division</i> x Pegu District Prome District Prome D.: Prome <i>Sagaing Division</i> Monywa District Sagaing District <i>Shan State</i> Kyaukse D.: Kyaukse Lashio District Lashio D.: Lashio x Taunggyi District</p> <p>DEMOCRATIC YEMEN YEMEN DÉMOCRATIQUE First Governorate Second Governorate Third Governorate</p> <p>INDIA — INDE x Visakhapatnam (P) <i>Andhra Pradesh State</i> Anantapur District Hyderabad District <i>Assam State</i> Kamrup District <i>Delhi Territory</i> <i>Gujarat State</i> Ahmedabad District Amreli District Broach District Bulsar District Kaira District Mehsana District Panch Mahals District Surat District <i>Haryana State</i> Jind District <i>Madhya Pradesh State</i> Gwalior District Indore District Mandasaur District Raipur District <i>Maharashtra State</i> Ahmednagar District Akola District Amravati District Aurangabad District Bhir District Buldhana District Dhulia District Jalgaon District Nagpur District Nanded District Nasik District Osmanabad District Parbhani District Pune (Poona) District Sangli District Sholapur District Yeotmal District <i>Manipur Territory (Central)</i> <i>Mysore State</i> Bangalore District Shimoga District <i>Orissa State</i> Balasore District Cuttack District Ganjam District <i>Rajasthan State</i> Alwar District Jaipur District Jodhpur District Kotah District <i>Tamil Nadu State</i> Chingleput District Dharmapuri District</p>	<p>Madras Corporation Madurai District North Arcot District Ramanathapuram District Salem District South Arcot District Tiruchirappalli District Tirunelveli District</p> <p><i>Uttar Pradesh State</i> Agra District Aligarh District Allahabad District Bara Banki District Deoria District Etawah District Gonda District Gorakhpur District Kanpur District Lucknow District Mathura District Mirzapur District Moradabad District Pratapgarh District Saharanpur District Unnao District Varanasi District</p> <p><i>West Bengal State</i> Calcutta Corporation</p> <p>INDONESIA — INDONÉSIE <i>Jakarta Autonomous Capital Area</i> Jakarta Barat (West) Municipality Jakarta Pusat (Central) Municipality (excl. Kemayoran airport) Jakarta Selatan (South) Municipality (excl. emergency quarantine station) Jakarta Timur (East) Municipality (excl. Halim Perdana Kusuma airport) Jakarta Utara (North) Municipality (excl. seaports of Tanjungpriok, Sundakelapa & Kalibaru)</p> <p><i>Aceh Autonomous Area</i> Aceh Barat Regency Aceh Besar Regency Aceh Selatan Regency Aceh Tengah Regency Aceh Tenggara Regency Aceh Timur Regency Aceh Utara (P) Regency Banda Aceh Municipality</p> <p><i>Bali Province</i> Badung Regency Gianyar Regency Tabanan Regency</p> <p><i>Jambi (Sumatera) Province</i> Kerinci Regency Tanjung Jabung Regency</p> <p><i>Jawa Barat (West Java) Province</i> Bandung Municipality Bandung Regency Bekasi Regency Bogor Municipality Bogor Regency Cianjur Regency Cirebon (P) Municipality Cirebon Regency Krawang Regency Kuningan Regency Lebak Regency Pandeglang Regency Purwakarta Regency Serang Regency Sukabumi Municipality Sukabumi Regency</p> <p><i>Jawa Tengah (Central Java) Province</i> Batang Regency Boyolali Regency Brebes Regency Cilacap (P) Regency Demak Regency Grobogan Regency Jepara Regency Karanganyar Regency Kendal Regency Klanten Regency Kudus Regency Pati Regency Rembang Regency Sukoharjo Regency Surakarta Municipality Tegal (P) Municipality Tegal Regency</p> <p><i>Jawa Timur (East Java) Province</i> Gresik Municipality Sidoarjo Regency</p>
<p>CHOLERA — CHOLÉRA</p> <p>Africa — Afrique</p> <p>BURUNDI <i>Bubanza Province</i> Gihanga Kabulantwa Muzinda Rugombo <i>Bujumbura Province</i> Bujumbura Arrondissement</p> <p>CONGO <i>Kouilou Préfecture</i> Pointe-Noire S. Préf.</p> <p>GHANA Ashanti Region Brong-Ahafo Region Central Region Eastern Region Greater Accra (excl. PA) Region Volta Region Western Region</p> <p>LIBERIA — LIBÉRIA Montserrado County</p> <p>MALAWI <i>Northern Region</i> Karonga District</p> <p>MOZAMBIQUE <i>Cabo Delgado Province</i> Chiure District x Mecufi District Montepuez District x Namuno District Pemba District x Quissanga District <i>Niassa Province</i> x Macanheles District <i>Zambézia Province</i> Chinde District Mocuba District Quelimane District</p> <p>NIGERIA — NIGÉRIA <i>Bauchi State</i> Azare Bauchi <i>Bendel State</i> Warri</p>			

<p>Surabaya Municipality (excl. Tanjung Perak seaport)</p> <p><i>Kalimantan Tengah Province</i></p> <p>Barito Hulu Regency Barito Utara Regency Murung Raya Regency</p> <p><i>Maluku Province</i></p> <p>Ambon (P) Municipality Halmahera Tengah Municipality Maluku Tengah Regency Maluku Tenggara Regency Maluku Utara Regency</p> <p><i>Nusatenggara Timur Province</i></p> <p>Flores Timur Regency</p> <p><i>Riau (Sumatera) Province</i></p> <p>Bengkalis (P) Regency Indragiri Hilir (P) Regency Kampar Regency Kepulauan Riau (P) Regency</p> <p><i>Sulawesi Selatan Province</i></p> <p>Ujung Pandang (P) Municipality</p> <p><i>Sulawesi Tengah Province</i></p> <p>Poso (P) Regency</p> <p><i>Sulawesi Tenggara (South-East) Province</i></p> <p>Buton Regency Kendari (P) Regency Kolaka Regency Muna Regency</p> <p><i>Sumatera Utara (North) Province</i></p> <p>Asahan Regency Binjai Municipality Deli Serdang (P) Regency Labuhanbatu Regency Langkat Regency Medan (P) Municipality Nias (P) Regency Pematang Siantar Municipality Sibolga (P) Municipality Simalungun Regency Tanjung Balai Municipality Tapanuli Selatan Regency Tapanuli Tengah (P) Regency Tapanuli Utara Regency Tebing Tinggi Municipality</p> <p>IRAN</p> <p>Arak Province East Azarbaijan Province Gilan Province Hamadan Province Isfahan Province Kermanshah Province Khorasan Province Khuzestan Province Kurdistan Province Lorestan Province Mazandaran Province Teheran Province Yazi Province Zamjan Province</p> <p>JORDAN — JORDANIE</p> <p>Sakne/Karameh Area</p> <p>MALAYSIA — MALAISIE</p> <p><i>Sabah</i></p> <p>Sandakan District</p> <p><i>Peninsular Malaysia</i></p> <p><i>Kedah State</i></p> <p>× Bandar Bharu District Kota Star District Kuala Muda District</p> <p><i>Kelantan State</i></p> <p>× Ulu Kelantan District</p>	<p><i>Perak State</i></p> <p>Krian District</p> <p><i>Perlis State</i></p> <p>NEPAL — NÉPAL</p> <p><i>Bagmati Zone</i></p> <p>Bhaktapur District Katmandu District Lalitpur District</p> <p><i>Janakpur Zone</i></p> <p>Dhanusha District</p> <p>SRI LANKA</p> <p>Jaffna Health Division Vavunia Health Division</p> <p>SYRIAN ARAB REPUBLIC RÉPUBLIQUE ARABE SYRIENNE</p> <p>Damascus City</p> <p>× Aleppo District × Damascus District × Deir-er-Zor District × Latakia District</p> <p>THAILAND — THAÏLANDE</p> <p>Bangkok (excl. PA)</p> <p><i>Ayuthaya Province</i></p> <p>Bang Pa-in District Bang Sai District Tha Rua District</p> <p><i>Bangkok (Phra Nakhon) Province</i></p> <p>Bang Kapi District Bang Khen District Dusit District Huai Kwang District Phaya Thai District Phra Khanong District Yan Nawa District</p> <p><i>Chachoengsao Province</i></p> <p>× Chachoengsao District</p> <p><i>Chon Buri Province</i></p> <p>Chon Buri District</p> <p><i>Nakhon Ratchasima Province</i></p> <p>Chok Chai District Khon Buri District Nakhon Ratchasima District Non Sung District Non Thai District Pak Chong District</p> <p><i>Nakhon Si Thammarat Province</i></p> <p>Nakhon Si Thammarat District Pak Phanang District</p> <p><i>Nan Province</i></p> <p>Sa District</p> <p><i>Nonthaburi Province</i></p> <p>Nonthaburi District Pak Kret District</p> <p><i>Prachin Buri Province</i></p> <p>Si Maha Phot District</p> <p><i>Ratchaburi Province</i></p> <p>Bang Phae District</p> <p><i>Samut Prakan Province</i></p> <p>Bang Bo District Phra Pradaeng District Samut Prakan District</p> <p><i>Samut Sakhon Province</i></p> <p>Ban Phae District Samut Sakhon District</p> <p><i>Samut Songkhram Province</i></p> <p>Bang Khontu District</p> <p><i>Surat Thani Province</i></p> <p>Ba Na San District Chaya District Don Sak District</p>	<p>Kanchanadit District Phun Phin District Surat Thani District Tha Chang District</p> <p><i>Thon Buri Province</i></p> <p>Bang Khun Thian District Bangkok Noi District Khlong San District Noong Khaem District Phasi Charoen District Rat Burana District</p> <p>VIET NAM</p> <p>Sud Viet Nam Region</p> <p>WEST BANK RIVE OCCIDENTALE DU JOURDAIN</p> <p>Jenin</p> <p>Europe</p> <p>SPAIN — ESPAGNE</p> <p>Barcelona Cordoba Granada Malaga Navarra</p> <p>YELLOW FEVER — FIÈVRE JAUNE</p> <p>Africa — Afrique</p> <p>ANGOLA</p> <p>GAMBIA — GAMBIE</p> <p>Upper River Division</p> <p>GHANA</p> <p>NIGERIA — NIGÉRIA</p> <p>SUDAN — SOUDAN</p> <p>Territory South of 12° N. Territoire situé au sud du 12° N.</p> <p>ZAIRE — ZAÏRE</p> <p>Territory North of 10° S. Territoire situé au nord du 10° S.</p> <p>America — Amérique</p> <p>BRAZIL — BRÉSIL</p> <p><i>Goiás State</i></p> <p>Barro Alto Municipio Goiania Municipio</p> <p><i>Para State</i></p> <p>Colônia Castanhal Municipio Tomé-Açu Municipio</p> <p><i>Rondonia Territory</i></p> <p>Ji-Parana Municipio Porto Velho Municipio</p> <p>COLOMBIA — COLOMBIE</p> <p><i>Caquetá Intendencia</i></p> <p>San Vicente del Caguán Municipio</p> <p><i>Cesar (Magdalena) Department</i></p> <p>Ciénaga Municipio Fundacion Municipio Munca Municipio Rio de Oro Municipio Rio Seco Municipio San Alberto Municipio Santa Marta Municipio</p>	<p>Sierra Nevada Municipio Valledupar Municipio</p> <p><i>Meta Intendencia</i></p> <p>Uribe Municipio Vista Hermosa Municipio</p> <p><i>Norte de Santander Department</i></p> <p>Convencion Municipio Las Mercedes Municipio Ocaña Municipio Petrólea Municipio San Calixto Municipio Tibu Municipio</p> <p><i>Santander Department</i></p> <p>San Vicente de Chucuri Municipio</p> <p><i>Vaupès Comisaria</i></p> <p>San José del Guaviare Municipio</p> <p>ECUADOR — EQUATEUR</p> <p><i>Zamora-Chinchipe Province</i></p> <p>Zamora Canton</p> <p>PERU — PÉROU</p> <p><i>Ayacucho Department</i></p> <p><i>Huanta Province</i></p> <p>San José de Santillana District <i>La Mar Province</i></p> <p>Ayna District</p> <p><i>Huanuco Department</i></p> <p><i>Huamales Province</i></p> <p>Monzón District</p> <p><i>Leoncio Prado Province</i></p> <p>Padre Luyando District Rupa Rupa District</p> <p><i>Maranon Province</i></p> <p>Cholon District</p> <p><i>Junin Department</i></p> <p><i>Chanchamayo Provin</i></p> <p>Chanchamayo District La Merced District Pichanaqui District</p> <p><i>Saïpo Province</i></p> <p>Cubriali District Mazamari District Pampa Hermoza District Rio Negro District San Martin de Pangoa District Saïpo District</p> <p><i>Madre de Dios Department</i></p> <p><i>Manú Province</i></p> <p>Manú District</p> <p><i>Tambopata Province</i></p> <p>Inambari District</p> <p><i>Puno Department</i></p> <p><i>Sandia Province</i></p> <p>San Juan del Oro District</p> <p><i>San Martin Department</i></p> <p><i>Lamas Province</i></p> <p><i>Mariscal Caceres Province</i></p> <p>Juanju District Tocache District Uchiza District</p> <p>TRINIDAD AND TOBAGO TRINITE-ET-TOBAGO</p> <p>Trinidad Island</p> <p>VENEZUELA</p> <p><i>Merida State</i></p> <p>Alberto Adriani D.: Alberto Adriani Municipio</p> <p><i>Zulia State</i></p> <p>Mara D.: Luis de Vicente Municipio</p>
---	---	---	--

Areas Removed from the Infected Area List between 19 and 25 October 1979
Zones supprimées de la liste des zones infectées entre les 19 et 25 octobre 1979

For criteria used in compiling this list, see No. 41, page 319 — Les critères appliqués pour la compilation de cette liste sont publiés dans le N° 41, à la page 319.

<p>CHOLERA — CHOLÉRA</p> <p>Africa — Afrique</p> <p>MOZAMBIQUE</p> <p><i>Cabo Delgado Province</i> Mocimboa de Praia District <i>Tete Province</i> Tete District</p>	<p>Asia — Asie</p> <p>MALAYSIA — MALAISIE</p> <p><i>Sabah</i></p> <p>Beluran District <i>Sarawak</i></p> <p>Bau District Kuching District</p> <p><i>Peninsular Malaysia</i></p> <p><i>Kedah State</i> Kubang Pasu District</p>	<p>YELLOW FEVER — FIÈVRE JAUNE</p> <p>America — Amérique</p> <p>BRAZIL — BRÉSIL</p> <p><i>Roraima Territory</i></p> <p>Boa Vista Municipio Caracará Municipio</p>
---	--	--

CORRIGENDUM

RECTIFICATIF

WER 1979, 54, No. 14, p. 109 — EDITORIAL NOTE: fifth line (French only):

REH 1979, 54, N° 14, p. 109 — NOTE DE LA RÉDACTION: cinquième ligne (Français seulement):

A la place de « vecteur » lire « parasite »