



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 par télex Telex 28150 Genève suivi de ZCZC et FRAN pour une réponse en français
---	---

18 FEBRUARY 1983

58th YEAR - 58^e ANNÉE

18 FÉVRIER 1983

EXPANDED PROGRAMME ON IMMUNIZATION Coverage Evaluation

ZIMBABWE. — An Expanded Programme on Immunization (EPI) has been in operation in this country since early 1982. In order to obtain baseline information on immunization coverage resulting from previous immunization activities, it was agreed to conduct four surveys in the country: one survey in each of the urban centres of Bulawayo, Chitungwiza and Harare, and another in the remainder of the country which is largely rural.

In each survey 30 clusters of 7 children 12-23 months of age were randomly selected. In addition to information in respect of immunization, information was also collected relevant to maternal and child health, nutrition and other primary health care activities.

PROGRAMME ÉLARGI DE VACCINATION Evaluation de la couverture vaccinale

ZIMBABWE. — Un programme élargi de vaccination (PEV) est exécuté dans ce pays depuis le début de 1982. Afin d'obtenir des données de base sur la couverture vaccinale obtenue grâce aux précédents travaux de vaccination, il a été décidé d'exécuter dans le pays quatre enquêtes: une enquête dans chacun des centres urbains de Bulawayo, Chitungwiza et Harare, et une autre enquête dans le reste du pays, c'est-à-dire des régions en grande partie rurales.

Pour chaque enquête, 30 grappes de 7 enfants âgés de 12 à 23 mois ont été choisies au hasard. Outre les renseignements concernant la vaccination, des informations ont également été recueillies en ce qui concerne la santé maternelle et infantile, la nutrition et d'autres activités intéressant les soins de santé primaires.

Table 1 Results of Immunization Coverage Surveys, Children 12-23 months, Zimbabwe, May-June 1982

Tableau 1. Résultats des enquêtes sur la couverture vaccinale, enfants âgés de 12-23 mois, Zimbabwe, mai-juin 1982

Vaccine - Vaccin	% immunized children, by area % d'enfants vaccinés, par région				
	Bulawayo	Chitungwiza	Harare	Rural areas Régions rurales	Zimbabwe*
BCG: with scar — cicatrice	93	60	74	53	56
with record — fiche	93	70	75	59	63
DPT/DTC 1st dose — 1 ^{re} dose	85	76	70	57	60
2nd dose — 2 ^e dose	76	67	66	45	49
3rd dose — 3 ^e dose	65	48	57	32	36
OPV/Antipolio buccal: 1st dose — 1 ^{re} dose	86	76	70	58	61
2nd dose — 2 ^e dose	76	65	66	48	52
3rd dose — 3 ^e dose	65	46	58	31	36
Measles — Antirougeoleux	72	76	65	51	54
Fully immunized — Vaccination complète	60	35	48	25	29
Population (in thousands) — Population (en milliers)	414	175	656	6 287	7 532
No. of children surveyed — Nombre d'enfants enquêtés	214	210	206	217	847
% with immunization record — % d'enfants avec attestations de vaccination	90	85	83	71	75

* Averages weighted for population size. — Moyenne pondérée d'après la dimension des populations.

Immunizations

Immunizations were accepted as valid if the time intervals between doses for multi-dose vaccines (DPT, polio) were at least 28 days and for measles if it was given after 6 months of age (as advised prior to EPI). Results are presented in Table 1.

Vaccinations

Les vaccinations ont été reconnues comme valables lorsque l'intervalle entre l'administration des doses de vaccins multidoses (DTC, polio) était d'au moins 28 jours et, dans le cas de la rougeole, lorsque le vaccin avait été administré après l'âge de 6 mois (comme cela était conseillé avant l'introduction du PEV). Les résultats sont reproduits au Tableau 1.

Epidemiological notes contained in this number Expanded Programme on Immunization, Human Rabies Surveillance, Hepatitis B Surveillance, Influenza Surveillance, Rubella Surveillance, Surveillance of β -Lactamase-Producing <i>N. gonorrhoeae</i> (PPNG), Surveillance of Enteric Infections, Surveillance of Foodborne Infections and Intoxications. List of Newly Infected Areas, p. 52.	Informations épidémiologiques contenues dans ce numéro Programme élargi de vaccination, surveillance de la grippe, surveillance de la rage humaine, surveillance de la rubéole, surveillance de l'hépatite B, surveillance des infections et intoxications alimentaires, surveillance des infections intestinales, surveillance des <i>N. gonorrhoeae</i> productrices de β -lactamase (NGPP). Liste des zones nouvellement infectées, p. 52.
---	---

Records were available for a large majority of the children. The number of children with BCG scars followed fairly closely the number of children recorded as having received a BCG injection. The drop-out rate between the first and the third dose of both DPT and polio vaccines in the rural survey is a cause for concern, since it involved nearly half the children.

The present immunization schedule for measles calls for immunization as soon as a child reaches the age of 9 months. Data from these surveys were analyzed for the age at which measles immunization was given. Table 2 shows that a considerable proportion of the children received measles vaccine either too early or too late according to the present schedule. This calls for a special educational effort.

Mothers whose children were not fully immunized were asked the reasons for this. Sixteen percent of the replies could be categorized as lack of information, 16% as lack of motivation and 68% due to obstacles, such as distance to the place of immunization services.

Des relevés étaient disponibles pour une grande majorité d'enfants. Le nombre d'enfants présentant des cicatrices BCG était en corrélation assez étroite avec celui des enfants qui, d'après les relevés, avaient reçu une injection de BCG. Le taux d'abandon entre les première et troisième doses de DTC et de vaccin antipoliomyélitique, tel qu'il ressort de l'enquête faite en milieu rural, ne laisse pas d'être préoccupant, car c'est presque la moitié des enfants qui est touchée.

Actuellement, le schéma de vaccination antirougeoleuse prévoit l'administration du vaccin dès que l'enfant atteint l'âge de 9 mois. Les données provenant des enquêtes ont été analysées afin de déterminer à quel âge a été pratiquée cette vaccination. Le Tableau 2 montre qu'une proportion importante d'enfants ont été vaccinés contre cette maladie, soit trop tôt, soit trop tard par rapport aux normes actuelles. Cette situation exige un effort particulier d'éducation.

Les mères dont les enfants n'avaient pas été complètement vaccinés ont été invitées à s'expliquer à ce sujet. Dans 16% des cas, c'était le manque d'information qui était revendiqué, dans 16% également des cas, l'absence de motivation, mais, dans 68% des cas, il était fait mention de divers empêchements, comme par exemple, la distance entre le lieu de résidence et celui des services de vaccination.

Table 2. Age at Measles Immunization in Coverage Surveys, Children 12-23 months, Zimbabwe, 1982

Tableau 2. Age auquel a été pratiquée la vaccination antirougeoleuse, d'après les enquêtes de couverture vaccinale faites chez des enfants de 12-23 mois, Zimbabwe, 1982

Age group - Groupe d'âge	Bulawayo	Chitungwiza	Harare	Rural areas Regions rurales	Zimbabwe*
Below 9 months - Moins de 9 mois	15%	65%	22%	41%	38%
9-11 months - 9-11 mois	70%	25%	65%	34%	39%
12 months and over - 12 mois et plus	15%	10%	13%	25%	23%

* Averages weighted for population size - Moyenne pondérée d'après la dimension des populations.

Table 3. Results of Health Interviews with Families with Children 12-23 months, Zimbabwe, 1982

Tableau 3. Résultats d'entretiens sur des questions de santé avec des familles ayant des enfants âgés de 12 à 23 mois, Zimbabwe, 1982

Topics - Rubriques	Bulawayo %	Chitungwiza %	Harare %	Rural areas Regions rurales %
Mother was examined by a qualified health worker during pregnancy - La mère a été examinée par un agent de santé compétent pendant la grossesse	91	91	88	73
Delivery was conducted in health unit - L'accouchement a eu lieu dans une unité sanitaire	87	80	85	49
Home deliveries attended by TBA or village health worker - L'accouchement a eu lieu à domicile, avec l'assistance d'une accoucheuse traditionnelle ou de l'agent de santé du village	39	84	7	56
Breast-feeding of index child - Allaitement au sein de l'enfant/référence	37	49	25	51
Mother knows about a method of child spacing - La mère connaît une méthode d'espacement des naissances	75	83	79	70
Index child examined by health worker - Examen de l'enfant/référence par l'agent de santé	88	89	88	78
Index child weighed at least twice, with record - Pesée, au moins deux fois, de l'enfant/référence, avec établissement d'une fiche	81	77	78	58
Nutritional status as shown by mid-arm circumference - Etat nutritionnel, indiqué par la mesure du tour de bras:				
- satisfactory - satisfaisant	76	76	80	61
- mild malnutrition - malnutrition légère	5	4	4	12
- frank malnutrition - malnutrition caractérisée	19	20	16	27
Contact with village health worker in the last 2 months - Contacts avec l'agent de santé du village au cours des 2 derniers mois	41	59	46	23
Health care/first aid available within an hour's walk - Soins de santé/secours d'urgence à moins d'une heure de marche	92	87	97	55
Mother knows oral rehydration - La mère est au courant de la réhydratation par voie orale	91	87	76	45
Latrine on the premises - Présence de latrines	100	100	98	32
Proper garbage disposal - Dispositif satisfaisant d'évacuation des ordures	87	100	98	59
Drinking water available within 15 min. walk - Eau potable à moins de 15 minutes de marche	100	100	100	78

Other Health Items

The results of the health interviews of mothers with a child in the age group 12-23 months are summarized in *Table 3*. These results show the differences between the health services in rural and in urban areas. Most of the indices show the generally good urban services and the deficiencies in rural areas. While most of the urban pregnant women were examined during pregnancy and delivered in a health facility, only half of the rural women delivered in a health unit. In rural areas, breast-feeding is more widely practised but malnutrition is a serious problem and knowledge of oral rehydration is limited. This information will be taken into account in the development of the health care system in Zimbabwe.

(Based on/D'après: *Zimbabwe Epidemiological Bulletin*, No. 3, July/juillet 1982.)

EDITORIAL NOTE: National reviews of immunization services are being increasingly used to obtain information pertaining to other elements of primary health care, as this report from Zimbabwe illustrates. In particular, the EPI immunization survey methodology has been used to obtain information from families concerning nutrition, sanitation and other health practices. Such surveys can provide useful first estimates. But for some items, for example whether drinking water is available within 15 minutes walk, the bias introduced by the EPI method of selecting respondents in clusters rather than as individuals is much larger than the bias which relates to receiving immunization services, and for these items the confidence limits of the survey estimates will be larger than $\pm 10\%$ which pertain to the immunization coverage results.

HEPATITIS B SURVEILLANCE Immune Status

UNITED STATES OF AMERICA - Evaluation of the immune status to hepatitis B virus (HBV) is becoming increasingly important to optimize the use of hepatitis B immune globulin (HBIG) and the inactivated HBV vaccine. Two serological procedures are useful for the evaluation: assay for antibody to hepatitis B surface antigen (anti-HBs) and for antibody to hepatitis B core antigen (anti-HBc). Physicians should be aware of the interpretation of positive results for these two tests.

Anti-HBs usually becomes detectable by radioimmunoassay (RIA) from one to several weeks after hepatitis B surface antigen (HBsAg) disappears and the infected individual is rid of HBV. Anti-HBs persists for many years, sometimes longer than anti-HBc. It may however be difficult to know whether all individuals with antibody to the surface but not to the core antigen are immune. The result by RIA is expressed as sample-to-negative control ratio (S/N) and a value of ≥ 2.1 is defined as positive. Unfortunately retesting of samples with an initial S/N value of 2.1 to 10.0 has failed to confirm presumed positivity in 42% of samples. Therefore, relying on 2.1 as a cut-off point for positivity may result in many susceptible persons not being immunized.

Anti-HBc becomes detectable by RIA relatively early in the course of acute clinical illness. In most instances, the test remains positive for many years whether the infection resolves or becomes chronic. The test tends however to underestimate rather than overestimate the frequency of HBV exposures.

The Immunization Practices Advisory Committee of the U.S. Public Health Service recommends that only one antibody test, either anti-HBc or anti-HBs, be used for routine screening. However, if the anti-HBs assay is used, an S/N value of 10.0 rather than 2.1 should be used as the cut-off positivity. This would also be applicable in assessing the appropriateness of passive immunization. Persons with borderline anti-HBs value ($S/N \geq 2.1 < 10.0$) should either be further tested using anti-HBc assay or immunized if delay seems undesirable because of known exposure.

(Based on/D'après: *California Morbidity*, No. 51, 1982.)

Autres questions intéressant la santé

Les résultats des entretiens que les enquêteurs ont eus, sur des questions de santé, avec les mères d'un enfant appartenant au groupe d'âge 12-23 mois sont résumés dans le *Tableau 3*. C'est ainsi qu'apparaissent des différences entre les services de santé en milieu rural et en milieu urbain. La plupart des indices font ressortir le caractère généralement satisfaisant des services dans les villes, de même que les déficiences de ces services dans les zones rurales. Si, dans les villes, la plupart des femmes enceintes subissent des examens au cours de leur grossesse et accouchent dans un établissement approprié, dans les campagnes la moitié des femmes seulement accouchent dans un établissement de santé. L'allaitement au sein est très largement pratiqué en milieu rural, mais la malnutrition demeure un problème sérieux et les possibilités de réhydratation par voie orale sont encore assez mal connues. Il sera tenu compte de cette situation lors du développement des systèmes de soins de santé au Zimbabwe.

NOTE DE LA RÉDACTION: Les enquêtes nationales des services de vaccination sont de plus en plus fréquemment utilisés comme sources d'information sur d'autres éléments des soins de santé primaires, ainsi que l'indique le présent rapport provenant du Zimbabwe. En particulier, les méthodes d'enquêtes sur les vaccinations du PEV ont également permis d'obtenir des renseignements, de la part des familles, sur la nutrition, l'hygiène et d'autres pratiques relatives à la santé. De telles enquêtes peuvent fournir des premières estimations utiles. Toutefois, pour certaines questions, par exemple, celle de savoir s'il existe de l'eau potable à 15 minutes de marche du lieu de résidence, la distortion introduite par la méthode PEV de sélection des enquêtés par grappes, et non par individus, est beaucoup plus importante que celle concernant les services de vaccination eux-mêmes et, pour ces questions, les limites de confiance des estimations de l'enquête dépasseront de $\pm 10\%$ celles qui se rapportent aux résultats de l'évaluation de la couverture vaccinale.

SURVEILLANCE DE L'HÉPATITE B Etat immunitaire

ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE. - L'évaluation de l'immunité vis-à-vis du virus de l'hépatite B (HBV) prend de plus en plus d'importance eu égard à l'utilisation optimale de l'immunoglobuline anti-hépatite B et du vaccin inactivé correspondant. A cet effet, on peut utilement avoir recours à deux méthodes sérologiques: un titrage des anticorps dirigés contre l'antigène de surface de l'HBV (anticorps anti-HBs) et un titrage des anticorps dirigés contre l'antigène central du virus (anticorps anti-HBc). Il importe que les médecins sachent interpréter un résultat positif à ces deux épreuves.

En général les anticorps anti-HBs commencent à être décelables par voie radioimmunologique de une à plusieurs semaines après disparition de l'antigène de surface (HBsAg), le sujet infecté n'étant plus alors porteur du virus. Ces anticorps anti-HBs persistent pendant de nombreuses années, quelquefois plus longtemps que l'anticorps anti-HBc. Toutefois il peut être difficile de savoir si tous les sujets porteurs d'anticorps anti-HBs mais dépourvus d'anticorps anti-HBc sont effectivement immuns. Le résultat du titrage radioimmunologique s'exprime par un rapport, savoir: valeur pour l'échantillon/valeur pour le témoin négatif (E/N), toute valeur supérieure ou égale à 2,1 étant considérée comme positive. Malheureusement, en procédant à une deuxième mesure sur des échantillons pour lesquels ce rapport avait une valeur comprise entre 2,1 et 10,0, on a constaté que dans 42% des cas, on ne retrouvait pas cette positivité. En conséquence, si l'on considère que 2,1 constitue la valeur-limite pour la positivité, on risque de laisser un grand nombre d'individus sensibles sans immunité.

L'anticorps anti-HBc devient radioimmunologiquement décelable assez rapidement au cours de la phase aiguë de la maladie clinique. Dans la plupart des cas, l'épreuve reste positive pendant de longues années, que l'infection guérisse ou devienne chronique. Toutefois l'épreuve tend à sous-estimer la fréquence des infections par le virus de l'hépatite B.

La Commission consultative pour les pratiques en matière de vaccination du Service de santé publique des États-Unis d'Amérique recommande de ne faire usage que d'une seule épreuve, c'est-à-dire portant soit sur l'anticorps anti-HBc soit sur l'anticorps anti-HBs, pour le dépistage systématique. Toutefois, s'il s'agit de l'anticorps anti-HBs, on considérera comme valeur-limite de positivité du rapport E/N la valeur 10,0 plutôt que la valeur 2,1. Cette remarque vaut également lorsqu'on cherche à savoir s'il serait judicieux de procéder à une immunisation passive. Les sujets qui présentent une valeur du rapport E/N «limite», c'est-à-dire supérieure ou égale à 2,1 mais inférieure à 10,0, doivent soit subir une autre épreuve portant cette fois sur l'anticorps anti-HBc, soit être vaccinés si une action d'urgence s'impose en raison d'une exposition au virus.

SURVEILLANCE OF β -LACTAMASE-PRODUCING *NEISSERIA GONORRHOAE* (PPNG) Resistance to Spectinomycin

REPUBLIC OF KOREA. — On 4 May 1981 a 26-year-old male attended a health centre in Seoul with a history of repeated attacks of urethral discharge the last of which had not responded to daily doses of Talampicillin 1.5 g for seven days. A gram stain examination of the urethral discharge showed gram-negative intracellular diplococci, consistent with gonococci, and the patient was given spectinomycin 2 g intramuscularly. As the urethral discharge continued the treatment was repeated with the same dose. The patient did not improve and was retreated with spectinomycin 4 g.

In repeated post-treatment specimens spectinomycin resistant β -lactamase-producing gonococcal strains were isolated. Resistance to spectinomycin (MIC over 128 μ g/ml) and β -lactamase production were also confirmed by the WHO Collaborating Centre for Venereal Diseases Serology and Bacteriology, Singapore.

As reinfections could not be excluded, the patient was advised to undergo in-patient treatment. The patient was lost to follow-up.

Two additional spectinomycin-resistant gonococcal strains were isolated in Korea during July 1982. Neither strain produced penicillinase. While one of the cases had been infected locally, the second case had had contacts in the Philippines as well. Both cases responded to penicillin treatment.

EDITORIAL NOTE: Until 1977, spectinomycin resistance was observed in only four *N. gonorrhoeae* isolates. With increasing frequency of penicillinase-producing gonococcal strains which are resistant to therapeutic doses of penicillin, spectinomycin is now being widely applied in uncomplicated gonococcal infections. Spectinomycin resistance in β -lactamase and non- β -lactamase-producing *N. gonorrhoeae* strains seems to develop with higher frequency since 1981.¹

¹ See No 20, 1981, p. 158, No 2, 1982, pp. 15-16, No 37, 1982, pp. 282-283.

RUBELLA SURVEILLANCE

UNITED STATES OF AMERICA. — A record low number of 2 077 rubella cases was reported for 1981. This represents a 47% decline from the 1980 total of 3 904 cases (the previous record low) and 82% decline from the 1979 total of 11 795 cases. During the first 38 weeks of 1982 (ending 25 September), 2 018 cases were reported—a 13% increase from the number of cases reported during the same period in 1981. This increase was due to a three-fold increase in reported cases from California, from 445 cases during the first 38 weeks of 1981 to 1 319 cases during the same period in 1982. Reported cases of rubella from all other states declined by 52% during the first 38 weeks of 1982 as compared with the first 38 weeks of 1981.

The National Congenital Rubella Syndrome Registry (NCRSR) collects detailed data on clinical signs and laboratory test results on patients reported with congenital rubella syndrome (CRS). Reports of CRS are voluntarily submitted from local and state health departments. Specific criteria are used for classifying patient data submitted to the NCRSR. *Confirmed cases* are those with defects compatible with CRS, and with laboratory confirmation of disease. *Compatible cases* are those with defects compatible with CRS, but without laboratory confirmation.

Since 1979, the annual provisional total of both confirmed and compatible CRS cases has declined from 53 in children born in 1979 to 17 in those born in 1980, and 5 in those born in 1981. This decrease in reported confirmed and compatible CRS cases correlates with the decline in the reported incidence rate of rubella among women of childbearing age. The data are reported as provisional until at least three years have elapsed since year of birth. Data from 73 of the most recent reports with known date of birth and date of report showed that 64 cases (88%) were reported within the first year after birth.

Age-specific data were available for 1 674 (81%) of the cases reported for 1981. The age-specific incidence rates of rubella have continued to decline for all age groups over the past three years. The greatest decline between 1980 and 1981 occurred in the age groups 15-19 and 20-24 years, an occurrence first reported in 1980. In 1978 and 1979, 74% of the reported rubella cases were among persons 15 years old or more, and the highest rate was in the age group 15-19

SURVEILLANCE DES *NEISSERIA GONORRHOAE* PRODUCTRICES DE β -LACTAMASE (NGPP) Résistance à la spectinomycine

RÉPUBLIQUE DE CORÉE. — Le 4 mai 1981, un jeune homme de 26 ans s'est présenté à un centre de santé de Séoul à la suite d'écoulements urétraux répétés dont le dernier n'avait pas cédé à une cure de Talampicilline à raison de 1,5 g par jour pendant sept jours. La coloration au Gram d'un prélèvement urétral a permis de mettre en évidence la présence de diplocoques intracellulaires, Gram négatifs, d'allure gonococcique, et le malade a reçu une injection intramusculaire de 2 g de spectinomycine. Les écoulements ayant persisté, le malade a reçu une seconde dose de cet antibiotique. Il n'y a eu aucune amélioration et le patient a reçu cette fois une troisième dose de 4 g de spectinomycine.

Dans des échantillons prélevés à plusieurs reprises après le traitement, on a isolé des souches de gonocoques résistants à la spectinomycine qui se sont révélées productrices de β -lactamase. La résistance à la spectinomycine (CMI supérieure à 128 μ g/ml) et la production de β -lactamase ont également été confirmées par le Centre collaborateur OMS pour la sérologie et la bactériologie des maladies vénériennes de Singapour.

Une réinfection n'étant pas exclue, il a été conseillé au malade de se faire hospitaliser. Le patient a été perdu de vue.

Deux autres souches de gonocoques spectinomycino-résistants ont été isolées en Corée dans le courant du mois de juillet 1982. Aucune de ces souches ne produisait de pénicillinase. Alors qu'un des patients avait été infecté localement, l'autre avait eu également des relations aux Philippines. Dans les deux cas, l'infection a cédé à la pénicilline.

NOTE DE LA RÉDACTION: Jusqu'en 1977, la résistance à la spectinomycine n'avait été observée que dans quatre isollements de *N. gonorrhoeae*. En raison de la fréquence croissante des souches gonococciques productrices de pénicillinase qui résistent aux doses thérapeutiques de pénicilline, on utilise désormais beaucoup plus de spectinomycines pour traiter les infections gonococciques sans complications. Il semble que depuis 1981, la résistance à la spectinomycine chez les souches de *N. gonorrhoeae* produisant ou ne produisant pas de β -lactamase se développe avec une fréquence accrue.¹

¹ Voir N° 20, 1981, p. 158; N° 2, 1982, pp. 15-16; N° 37, 1982, pp. 282-283.

SURVEILLANCE DE LA RUBÉOLE

ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE. — Avec 2 077 cas signalés, l'incidence de la rubéole a atteint en 1981 son plus faible niveau. Par rapport au total de 1980 (3 904 cas), le plus bas enregistré jusque-là, la diminution est de 47% et par rapport à celui de 1979 (11 795 cas), de 82%. Au cours des 38 premières semaines de 1982 (jusqu'au 25 septembre), 2 018 cas ont été rapportés, soit une augmentation de 13% par rapport à la même période en 1981. Cette augmentation est due au triplement des cas notifiés en Californie (1 319 pendant les 38 premières semaines de 1982 contre 445 pendant la même période en 1981). Les cas de rubéole signalés dans tous les autres états ont diminué de 52% au cours des 38 premières semaines de 1982 par rapport à la même période en 1981.

Le Registre national du syndrome rubéolique congénital recueille des données détaillées sur les signes cliniques présentés par les malades atteints du syndrome rubéolique congénital (SRC) et sur les résultats des épreuves de laboratoire auxquelles ils sont soumis. Des notifications de cas de SRC sont communiquées, à titre volontaire, par les services sanitaires locaux et par ceux des états. Des critères particuliers sont utilisés pour le classement des données communiquées au registre sur les malades. Les *cas confirmés* sont ceux qui présentent des symptômes du SRC et chez qui la maladie a été confirmée en laboratoire. Les *cas suspects* sont ceux qui présentent des symptômes du SRC mais sans confirmation du laboratoire.

Depuis 1979, le total annuel provisoire des cas de SRC confirmés et suspects s'est abaissé de 53 pour les enfants nés en 1979 à 17 pour ceux qui sont nés en 1980 et à 5 pour ceux qui sont nés en 1981. Cette réduction du nombre des cas de SRC confirmés et suspects qui ont été notifiés est en rapport avec le déclin du taux d'incidence de la rubéole chez les femmes en âge de procréer. Les données sont considérées comme provisoires jusqu'à trois ans au moins après la naissance. Celles provenant de 73 des notifications les plus récentes où étaient précisées la date de naissance et la date de notification montrent que 64 cas (88%) ont été signalés dans la première année qui suit la naissance.

On disposait de données par âge pour 1 674 (81%) des cas de 1981. Les taux d'incidence par âge de la rubéole ont continué de décroître pour tous les groupes d'âge au cours des trois dernières années. Entre 1980 et 1981, la plus forte réduction concernait les groupes d'âge des 15-19 ans et des 20-24 ans, tendance observée pour la première fois en 1980. En 1978 et 1979, 74% des cas de rubéole rapportés s'étaient déclarés chez des personnes de 15 ans ou plus et le taux le plus élevé

years. In 1981, however, only 37% of the cases were reported among persons 15 years of age or more, and the highest rate occurred among children under 5. Furthermore, in 1981, for the first time since age-specific reporting was instituted on a national basis in 1975, the rate among children 5-9 years old significantly exceeded the rate in the age group 15-19 years.

EDITORIAL NOTE: The initial recommendation of the Public Health Service Immunization Practices Advisory Committee (ACIP) for rubella control was to vaccinate preschool and elementary school children of both sexes; vaccination of older individuals received only secondary emphasis. This approach caused a dramatic decline in rubella incidence and eliminated the characteristic 6-9 year cycle of epidemic rubella. It also resulted in a marked change in the age characteristics for reported rubella patients.

The 1981 and 1982 surveillance data, excluding California (cases from California generally involved adults in outbreaks at hospitals, universities, and places of employment), continue to show a steady decline in reported cases of rubella to record low levels. Some of this decrease may be due to the Childhood Immunization Initiative that began in 1977, the goal of which was to achieve and maintain immunization levels in excess of 90% for all childhood vaccine-preventable diseases including rubella. Assessment of rubella immunization levels of 3.4 million children entering school (kindergarten and 1st grade) in the 50 states and the District of Columbia showed a level of 96% for the 1981-1982 school year. To ensure continued high immunity levels, all 50 states and the District of Columbia have enacted and enforced rubella-immunization requirements for school entry. The Measles Elimination Initiative, begun in 1978, has also had a major impact on the reduction of rubella incidence, since most of the measles vaccine administered during this programme has been given as combined measles, mumps, rubella vaccine (MMR) or combined measles, rubella vaccine (MR). Approximately 75% of the measles vaccine administered in the public sector has been MMR or MR vaccine.

Before rubella vaccine became available in 1969, most reported rubella cases occurred among children below 15 years of age. The initial rubella control policy lowered the attack rates for all age groups, but with proportionately greater declines in the age group below 15 years of age. Data on age-specific incidence rates for 1981 show that rates for adolescents and young adults are now lower than those for young children. The greater recent decrease in rubella incidence among adolescents and young adults probably resulted because (1) young children targeted for vaccination during 1969 and the early 1970s have moved into older age groups, and (2) efforts have increased over the past 3-4 years to vaccinate the remaining susceptible adolescents and young adults. In the age group below 5 years, 287 (46%) of the 626 reported cases were less than one year of age and thus below the earliest recommended age for vaccination.

Increased efforts to vaccinate adolescents and young adults were prompted by continued reporting of 27-59 cases of CRS per year from 1971 through 1979 and by the knowledge that 10-25% of adolescents and adults were susceptible to rubella. In the public sector, where between 40 and 50% of the rubella vaccine is distributed and administered, increasing numbers of doses were given to persons 15 years of age or more between 1979 and 1981, 234 000 doses were given in 1979, 325 000 in 1980, and 333 000 in 1981. The current strategy for rubella control is to vaccinate (1) all infants at approximately 15 months of age in combination with measles and mumps vaccine; (2) all schoolchildren who were not vaccinated in infancy; and (3) susceptible individuals who have left high school, particularly females of childbearing age, military personnel, students and employees of educational and training institutions (such as colleges and universities), and health personnel of both sexes.

(Based on/D'après: *Morbidity and Mortality*, 1982, 31, No. 42; *US Centers for Disease Control*.)

HUMAN RABIES SURVEILLANCE

BOTSWANA. - Rabies is becoming more and more of a concern in this country as there seems to be an upsurge in the number of both human exposures and cases, perhaps because of improved reporting and surveillance.

In 1981, 88 cases of human exposure and 5 cases of human rabies were recorded.

A disease with a case fatality rate of virtually 100% should be taken seriously. It is suggested that the following steps be taken to reduce this disease.

1) All cases of dogbite or animal bite should have a thorough history taken as regards behaviour of the dog or animal and vaccination status. Where there is no history of vaccination of the dog or no

intéressait le groupe d'âge des 15-19 ans. En 1981 toutefois, 37% seulement des cas signalés concernaient des personnes de 15 ans ou plus et le plus fort taux se situait chez les moins de 5 ans. En outre, le taux d'incidence chez les 5 à 9 ans dépassait sensiblement en 1981, celui des 15 à 19 ans pour la première fois depuis 1975, date où l'on a institué la notification par âge à l'échelle nationale.

NOTE DE LA RÉDACTION: À l'origine, le Comité consultatif du Service de la santé publique sur les pratiques vaccinatoires avait recommandé, pour la lutte contre la rubéole, de vacciner en priorité les enfants des deux sexes au stade préscolaire et à l'école primaire. Cette approche a entraîné un abaissement spectaculaire de l'incidence de la rubéole et interrompu le cycle caractéristique de 6 à 9 ans de la rubéole épidémique. Il en a également résulté une nette modification des caractéristiques d'âge chez les malades signalés.

Les données de la surveillance pour 1981 et 1982, à l'exclusion de la Californie (les malades californiens étant généralement des adultes victimes de poussées survenues à l'hôpital, à l'université et au lieu de travail), continuent de refléter un abaissement régulier du nombre des cas de rubéole signalés qui atteint les plus bas niveaux jamais enregistrés. Cette réduction peut être due en partie à l'Initiative en faveur de la vaccination des enfants lancée en 1977 avec, pour objectif, la réalisation et le maintien d'une couverture vaccinale supérieure à 90% pour toutes les maladies de l'enfance évitables par la vaccination, y compris la rubéole. L'évaluation des taux de vaccination antirubéolique chez 3,4 millions d'enfants au tout début de leur scolarité (au jardin d'enfants et à l'entrée du primaire) dans les 50 états et dans le District de Columbia a révélé une couverture de 96% pour l'année scolaire 1981-1982. En vue de maintenir une couverture vaccinale élevée, les 50 états et le District de Columbia ont promulgué et appliqué une réglementation aux termes de laquelle la vaccination antirubéolique est obligatoire pour l'admission à l'école. L'Initiative pour l'élimination de la rougeole lancée en 1978 a également eu un effet majeur sur la réduction de l'incidence de la rubéole car la plupart des vaccins antirougeoleux administrés dans le cadre de ce programme revêtaient la forme d'un vaccin associé rougeole-oreillons-rubéole ou rougeole-rubéole. Environ 75% des vaccins utilisés dans le secteur public avaient l'une de ces deux formes.

Avant 1969, date de l'avènement du vaccin antirubéolique, la plupart des cas de rubéole signalés concernaient des enfants de moins de 15 ans. La politique initiale de lutte contre la rubéole a permis d'abaisser les taux d'atteinte dans tous les groupes d'âge, mais relativement plus chez les moins de 15 ans. Les données sur les taux d'incidence par âge pour 1981 montrent que ces taux sont moins élevés chez les adolescents et les jeunes adultes que chez les jeunes enfants. Si la réduction a été récemment plus forte chez les adolescents et les jeunes adultes, c'est probablement en raison des facteurs suivants: 1) les jeunes enfants qui avaient été pris pour cibles de la vaccination en 1969 et au début des années 1970 ont maintenant accédé à des groupes d'âge supérieurs et 2) on s'est davantage attaché au cours des trois ou quatre dernières années à vacciner les adolescents et jeunes adultes encore réceptifs. Dans le groupe d'âge des moins de 5 ans, 287 (46%) des 626 cas signalés avaient moins d'un an, soit un âge inférieur au minimum recommandé pour la vaccination.

Le nombre des cas de SRC rapportés chaque année de 1971 à 1979 oscillant régulièrement entre 27 et 59 et 10 à 25% des adolescents et des adultes étant, on le sait, réceptifs à la rubéole, des efforts accrus ont été faits pour vacciner ce groupe d'âge. Dans le secteur public qui distribue et utilise de 40 à 50% du vaccin antirubéolique, on a administré entre 1979 et 1980 un nombre croissant de doses à des personnes de 15 ans et plus, à savoir, 234 000 doses en 1979, 325 000 en 1980 et 333 000 en 1981. La stratégie actuelle de la lutte antirubéolique consiste à vacciner: 1) tous les jeunes enfants à environ 15 mois en association avec le vaccin antirougeoleux et anti-ourlien; 2) tous les écoliers qui n'ont pas été vaccinés au cours de la petite enfance, et 3) les individus réceptifs qui ont quitté l'enseignement secondaire, notamment les femmes en âge de procréer, les militaires, les étudiants et le personnel des établissements d'enseignement et de formation (tels que lycées et universités) et les agents de santé des deux sexes.

SURVEILLANCE DE LA RAGE HUMAINE

BOTSWANA. - La rage devient un sujet de plus en plus préoccupant dans ce pays qui semble connaître une poussée portant à la fois sur les expositions et les cas humains, peut-être par suite des progrès réalisés dans la notification et la surveillance.

En 1981, 88 cas d'expositions humaines et 5 cas de rage chez l'homme ont été rapportés.

Une maladie pratiquement mortelle à 100% doit être prise au sérieux. Les mesures suivantes sont proposées dans le but de la réduire.

1) Tous les cas de morsure de chien ou d'autre animal devraient entraîner la prise d'une observation complète concernant le comportement de l'animal et sa situation à l'égard de la vaccination.

chance of keeping it under surveillance, or *where there is any doubt*, a course of antirabies vaccine should be given.

- 2) In cases of heavy exposure, i.e. open bites with rabid dogs or animals, rabies immunoglobulin or antiserum should be given as well.
- 3) Doctors and other health workers should always have rabies in mind when dealing with cases of unusual neurological presentation.
- 4) More cooperation with the veterinary department is needed for surveillance purposes and to eradicate reservoirs of infection.
- 5) All stray dogs must be destroyed without any compassion.
- 6) Where a large number of people have consumed cooked meat from a rabid animal, only those who handled the raw meat should be vaccinated.

Lorsqu'il n'y a pas eu de vaccination connue ou qu'il n'y a pas de chance de pouvoir garder l'animal sous surveillance, ou s'il y a le moindre doute, on administrera le vaccin antirabique.

- 2) En cas d'exposition massive, c'est-à-dire de plaies ouvertes par morsure de chien ou autre animal enragé, on administrera simultanément des immunoglobulines ou de l'immunsérum antirabiques.
- 3) La rage doit toujours être présente à l'esprit des médecins et des autres agents de santé lorsqu'ils s'occupent de cas se présentant avec des manifestations neurologiques insolites.
- 4) Une coopération plus étroite avec le vétérinaire départemental est nécessaire aux fins de surveillance et d'éradication des réservoirs d'infection.
- 5) Tous les chiens errants doivent être abattus sans pitié.
- 6) Lorsqu'un grand nombre de sujets ont consommé la chair cuite provenant d'un animal enragé, seuls ceux qui ont manipulé la viande crue doivent être vaccinés.

(Based on/D'après: *Botswana Epidemiological Bulletin*, Vol. 3, No. 3, 1982.)

SURVEILLANCE OF ENTERIC INFECTIONS Typhoid and Paratyphoid

SINGAPORE. — In 1981, 209 cases of enteric fevers were reported compared with 255 cases in the previous year—a decrease of 18%. There were 189 (90.4%) typhoid and 20 (9.6%) paratyphoid A cases. Sixty-eight (32.5%) cases comprising 56 typhoid and 12 paratyphoid A were imported. Two young adults (24 and 26 years of age) died from complications of typhoid.

All age groups were affected. The age-specific morbidity rate of indigenous typhoid cases was highest in the 5-14 year age group (10.7 per 100 000), but in the case of paratyphoid, it was in the 25-34 year age group (1.2 per 100 000). The male to female ratio for indigenous typhoid and paratyphoid was 1.3:1 and 1.7:1 respectively.

The six localized outbreaks (67 cases) detected during the year were caused by *S. typhi* of the same Vi-phage type (D1 was responsible for two outbreaks, B1 for two outbreaks, B2 and D1 each responsible for one outbreak). Five imported cases of typhoid and one imported case of paratyphoid A were reported amongst a group of foreign contract workers in September-October.

The strains of *S. typhi* isolated in the laboratory were generally susceptible to the common antibiotics tested routinely for enteric pathogens, except for streptomycin (64% were susceptible) and triple sulfa (30% susceptible). None of the strains was resistant to chloramphenicol. *S. typhi* were isolated from the following sources: blood cultures 57%; stool cultures 22%; blood and stool cultures 19%. Only one isolation each was made from urine, bile and bone marrow.

Since the chronic typhoid and paratyphoid carrier registry was established in 1974, a total of 14 chronic and 79 convalescent and temporary carriers have so far been detected.

(Based on/D'après: *Epidemiological News Bulletin*, Vol. VIII, No. 10, October 1982.)

INFLUENZA SURVEILLANCE

AUSTRIA (24 January 1983). — Outbreaks of influenza-like illness generally mild, have been reported in Vienna and Gratz and surrounding areas since mid-January. Two strains of influenza A(H3N2) virus have been isolated from children in the age group 5-14 years in Gratz.

BELGIUM (9 February 1983). — Influenza A(H3N2) virus has been isolated from a few cases during localized outbreaks in Brussels, Lille and Limburg in December 1982 and January 1983.

CHINA (9 February 1983). — Local outbreaks of influenza A(H3N2) have been reported in the cities of Beijing, Tianjing and Qingdao, and the provinces of Quizhou, Neimeng and Jiangsu in December 1982 and January 1983.

CZECHOSLOVAKIA (26 January 1983). — The incidence of acute respiratory diseases and influenza-like illness increased slightly in many parts of the country during the last week of January and the first week of February. Three strains of influenza A(H3N2) virus were isolated from sporadic cases in Moravia, in the southern part of the country in mid-January.

SURVEILLANCE DES INFECTIONS INTESTINALES Typhoïde et paratyphoïdes

SINGAPOUR. — En 1981, 209 cas de fièvres intestinales ont été signalés, contre 255 l'année précédente, soit une diminution de 18%. On a noté 189 cas (90,4%) de typhoïde et 20 cas (9,6%) de paratyphoïde A. Soixante-huit cas (32,5%) ont été importés, dont 56 de typhoïde et 12 de paratyphoïde A. Deux jeunes adultes (âgés de 24 et 26 ans) ont succombé aux complications d'une typhoïde.

Tous les groupes d'âge ont été touchés. Dans le cas de la typhoïde non importée, le taux de mortalité par âge a été maximal dans le groupe d'âges 5-14 ans (10,7 pour 100 000) tandis que, dans celui de la paratyphoïde, il l'a été dans le groupe d'âges 25-34 ans (1,2 pour 100 000). S'agissant des maladies d'origine locale, le rapport de morbidité selon le sexe (sujets de sexe masculin/sujets de sexe féminin) a été de 1,3 pour la typhoïde et de 1,7 pour la paratyphoïde.

Les six poussées épidémiques localisées (67 cas) observées au cours de l'année (deux poussées imputables à D1, deux autres à B1, et une à B2 et à D1, respectivement), ont été provoquées par des souches de *S. typhi* de même lysotype Vi. Cinq cas importés de typhoïde et un cas importé de paratyphoïde A ont été signalés parmi un groupe de travailleurs étrangers recrutés sous contrat, en septembre-octobre.

En général, les souches de *S. typhi* isolées en laboratoire étaient sensibles aux antibiotiques courants essayés en routine contre les agents pathogènes intestinaux, à l'exception de la streptomycine (64% de souches sensibles) et du «triple sulfa» (30% de souches sensibles). Aucune souche n'a manifesté de résistance au chloramphénicol. L'isolement des souches de *S. typhi* a été effectué à partir des souches et avec les fréquences suivantes: hémocultures, 57%; coprocultures, 22%; hém- et coprocultures, 19%. Un seul isolement a été effectué dans les urines, dans la bile et dans la moelle osseuse, respectivement.

Depuis la création, en 1974, d'un registre des porteurs chroniques de bacilles de la typhoïde/paratyphoïde, on a dépisté au total 14 porteurs chroniques et 79 porteurs temporaires ou convalescents.

SURVEILLANCE DE LA GRIPPE

AUTRICHE (24 janvier 1983). — Des flambées de maladie d'allure grippale, généralement bénigne, ont été signalées à Vienne et à Gratz, ainsi qu'aux alentours, depuis la mi-janvier. Deux souches du virus de la grippe A(H3N2) ont été isolées sur des enfants du groupe d'âge 5-14 ans à Gratz.

BELGIQUE (9 février 1983). — Le virus de la grippe A(H3N2) a été isolé chez quelques sujets au cours de flambées localisées à Bruxelles, à Lille et dans le Limbourg en décembre 1982 et janvier 1983.

CHINE (9 février 1983). — Des poussées locales de grippe A(H3N2) ont été signalées dans les villes de Beijing, Tianjing et Qingdao, et dans les provinces de Quizhou, Neimeng et Jiangsu en décembre 1982 et janvier 1983.

TCHÉCOSLOVAQUIE (26 janvier 1983). — L'incidence des maladies aiguës des voies respiratoires et des maladies d'allure grippale a légèrement augmenté dans de nombreuses régions du pays au cours de la dernière semaine de janvier et de la première de février. Trois souches du virus de la grippe A(H3N2) ont été isolées chez des cas sporadiques en Moravie, dans la partie méridionale du pays, à la mi-janvier.

HUNGARY (4 February 1983). — Small localized outbreaks of influenza-like illness have been reported from 4 different areas of the country. Three occurred among the general population, affecting mainly adolescents and adults, and the other in a nursing home for the elderly. One influenza A(H3N2) virus has been isolated so far.

NETHERLANDS (30 January 1983). —¹ The weekly incidence of influenza-like illness decreased from 41 to 18 cases per 10 000 population in the second half of January. Only influenza A(H3N2) strains have been isolated this season.

JAPAN (10 February 1983). —² The influenza A(H1N1) activity previously reported was confined to 1 district of 1 prefecture. The virus was isolated during an outbreak in a secondary school in December 1982 and, in January 1983, during an outbreak in a primary school and from a few sporadic cases.

PAKISTAN (24 January 1983). —³ In addition to the finding of influenza A(H1N1), previously reported strains of influenza A(H3N2) have been isolated during an outbreak which began at the end of December 1982 in the central and northern parts of the country.

¹ See No 4, 1983, p 26

² See No 6, 1983, p 43

³ See No 6, 1983, p 43

HONGRIE (4 février 1983). — Des flambées de maladie d'allure grippale, localisées et de faible ampleur, ont été signalées dans 4 régions du pays. Trois se sont produites au sein de la population générale, affectant principalement des adolescents et des adultes, et l'autre dans une maison de santé pour personnes âgées. Un virus de la grippe A(H3N2) a été isolé jusqu'à présent.

PAYS-BAS (30 janvier 1983). —¹ L'incidence hebdomadaire des maladies d'allure grippale est tombée de 41 cas par 10 000 habitants à 18 au cours de la deuxième moitié de janvier. On n'a isolé cette saison que des souches de la grippe A(H3N2).

JAPON (10 février 1983). —² La poussée de grippe A(H1N1) signalée précédemment a été limitée à 1 district dans 1 seule préfecture. Le virus a été isolé au cours d'une flambée dans une école secondaire en décembre 1982 et, en janvier 1983, lors d'une flambée dans une école primaire et chez quelques cas sporadiques.

PAKISTAN (24 janvier 1983). —³ Outre la découverte du virus de la grippe A(H1N1) signalée précédemment, des souches de grippe A(H3N2) ont été isolées lors d'une flambée qui a débuté à la fin de décembre 1982 dans les régions centrale et septentrionale du pays.

¹ Voir N° 4, 1983, p. 26

² Voir N° 6, 1983, p. 43

³ Voir N° 6, 1983, p. 43

Rate of Antibody Titres

GERMAN DEMOCRATIC REPUBLIC. — In order to determine the rate of antibody titres to current influenza viruses, 1 466 serum specimens were collected from persons in all age groups in October 1982. The sera were tested for antibody to A/Bangkok/1/79 (H3N2), A/Brazil/11/78 (H1N1) and B/Singapore/222/79 in haemagglutination inhibition (HI) tests.

Taux des titres d'anticorps

RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE ALLEMANDE. — Afin de déterminer le taux des titres d'anticorps contre les virus actuels de la grippe, 1 466 échantillons de sérum ont été recueillis en octobre 1982 dans tous les groupes d'âge. Des recherches d'anticorps contre A/Bangkok/1/79 (H3N2), A/Brazil/11/78 (H1N1) et B/Singapour/222/79, ont été faites au moyen de tests d'inhibition de l'hémagglutination (IH).

Table 1. Percentage of Sera with HI Antibody Titre ≥1:10, Per Age Group, German Democratic Republic, October 1982
Tableau 1. Pourcentage de sérums ayant des titres d'anticorps IH ≥1:10, par groupe d'âge, République démocratique allemande, octobre 1982

Reference antigen Antigène de référence	Age Groups in Years (Number of Sera Tested) Groupes d'âge (nombre de sérums analysés)										All Ages Tous âges (1 466)
	<1 (164)	1-2 (157)	3-5 (161)	6-9 (168)	10-19 (148)	20-29 (142)	30-39 (134)	40-49 (131)	50-59 (134)	≥60 (127)	
A/Bangkok/1/79(H3N2)	32.8	42.0	74.5	85.1	80.4	69.0	65.6	66.4	64.1	73.1	65.1
A/Brazil/11/78(H1N1) - A/Bresil/11/78(H1N1)	4.3	8.3	34.8	49.4	84.4	52.2	61.9	66.4	42.5	43.2	43.5
B/Singapore/222/79 - B/Singapour/222/79	0.6	6.2	32.3	53.6	74.3	59.9	52.2	45.9	47.1	49.6	41.2

About two-thirds of the sera had antibody to A/Bangkok/1/79 (H3N2), ranging from 85% of sera from the age group 6-9 years to 33% of those from children below 1 year of age (Table 1). Compared with the results obtained in 1981 the percentage of positive sera had increased 15-20% due to the circulation of influenza A(H3N2) during the first 3 months of 1982.

Less than half of the sera tested had antibody to influenza A(H1N1) or influenza B viruses. Rates under 10% were seen in sera from young children (below 4 years of age) while the highest rate of seropositivity to both viruses was detected in older children and adolescents (age group 10-19 years).

Deux tiers environ des sérums contenaient des anticorps contre A/Bangkok/1/79 (H3N2), de 85% dans le groupe d'âge 6 à 9 ans à 33% pour les enfants de moins de 1 an (Tableau 1). Comparé aux résultats de 1981, le pourcentage de sérums positifs a augmenté de 15 à 20%, ce qui s'explique par la présence de la grippe A(H3N2) pendant les 3 premiers mois de 1982.

Moins de la moitié des sérums contenaient des anticorps contre les virus A(H1N1) ou B. Chez les enfants de moins de 4 ans, les taux étaient inférieurs à 10% et c'est chez les enfants plus âgés et les adolescents (groupe d'âge 10 à 19 ans), que le taux de séropositivité pour les 2 virus était le plus élevé.

SURVEILLANCE OF FOODBORNE INFECTIONS AND INTOXICATIONS

Publication of a Newsletter

The WHO Surveillance Programme for Control of Foodborne Infections and Intoxications, which was launched in 1980,¹ recently issued its first Newsletter (No. 1, October 1982).

Published by the FAO/WHO Collaborating Centre for Research and Training in Food Hygiene and Zoonoses, Berlin (West), the Newsletter is intended to serve as a link between Programme management in Berlin (West), Copenhagen (WHO Regional Office for Europe) and Geneva (WHO Headquarters), and the participating countries. It should disseminate relevant information promptly and inform all parties on recent developments in the prevention and control of foodborne diseases as well as on other matters of interest to the Programme.

¹ See No 31, 1982, p. 233.

SURVEILLANCE DES INFECTIONS ET DES INTOXICATIONS ALIMENTAIRES

Publication d'une «Newsletter»

The Programme OMS de surveillance pour la lutte contre les infections et les intoxications alimentaires, lancé en 1980,¹ a récemment publié sa première «Newsletter» (N° 1, octobre 1982).

Publiée par le Centre collaborateur FAO/OMS de recherche et de formation en hygiène alimentaire et zoonoses, Berlin (Ouest), La «Newsletter» doit assurer la liaison entre la direction du Programme à Berlin (Ouest), le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe à Copenhague, le Siège de l'OMS à Genève, et les pays participants. Assurant une diffusion rapide des informations pertinentes, elle renseigne toutes les parties intéressées sur les événements récents concernant la prévention des maladies dues aux aliments et la lutte contre ces maladies, ainsi que sur toutes autres questions en rapport avec le Programme.

¹ Voir N° 31, 1982, p. 233

Contact points in participating countries will, in addition to distributing the Newsletter, provide the Collaborating Centre with information and feedback for channelling through the Newsletter. Descriptions of results, whether good or bad, obtained in the efforts to prevent and control foodborne diseases are of particular interest. Depending on the amount of material received, collected or produced, the Newsletter will appear between three and five times a year.

Additional information on the Programme and/or the Newsletter can be obtained from the World Health Organization, Regional Office for Europe, 8, Scherfigsvej, DK-2100 Copenhagen Ø, or from the FAO/WHO Collaborating Centre for Research and Training in Food Hygiene and Zoonoses, Postfach 33 00 13, D-1000 Berlin 33.

Outre qu'ils distribuent la «Newsletter», les points de contact dans les pays participants fournissent au Centre collaborateur des renseignements et une rétro-information à diffuser par elle. Les comptes rendus des résultats, bons ou mauvais, des efforts entrepris pour prévenir et combattre les maladies transmises par les aliments sont particulièrement intéressants. La «Newsletter» paraîtra de trois à cinq fois par an, selon la quantité des matériaux reçus, recueillis ou produits.

On peut obtenir des renseignements complémentaires sur le Programme et la «Newsletter» en s'adressant à l'Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Europe, 8, Scherfigsvej, DK-2100 Copenhagen Ø, ou au Centre collaborateur FAO/OMS pour la recherche et la formation en hygiène alimentaire et zoonoses, Postfach 33 00 13, D-1000 Berlin 33.

Health administrations are reminded that the telegraphic address EPIDNATIONS GENEVA (Telex 27821) should be used for any notification to the Organization by telex or telegram of communicable diseases under international surveillance and other communications under the International Health Regulations. The use of this specially allocated telegraphic address will ensure that the information reaches the responsible Unit with minimum delay.

Il est rappelé aux administrations sanitaires que l'adresse EPIDNATIONS GENÈVE (Télex 27821) doit être utilisée pour l'envoi à l'OMS, par télégramme ou télex, de toute notification de maladies transmissibles sous surveillance internationale et toute autre communication concernant l'application du Règlement sanitaire international. L'utilisation de cette adresse, spécialement prévue à cet effet, permet au service responsable de recevoir les informations dans les plus brefs délais.

DISEASES SUBJECT TO THE REGULATIONS - MALADIES SOUMISES AU RÈGLEMENT
Notifications Received from 11 to 17 February 1983 - Notifications reçues du 11 au 17 février 1983

C Cases - Cas
 D Deaths - Décès
 P Port
 A Airport - Aéroport

Figures not yet received - Chiffres non encore disponibles
 † Imported cases - Cas importés
 † Revised figures - Chiffres révisés
 † Suspected cases - Cas suspects

CHOLERA † - CHOLÉRA †		Asia - Asie		† The total number of cases and deaths reported for each country occurred in infected areas already published, or in newly infected areas, see below / 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 ci-dessous.
Africa - Afrique	C D	C D		
MOZAMBIQUE	23-29.XII	INDIA - INDE	5-31.XII	YELLOW FEVER - FIÈVRE JAUNE Africa - Afrique MAURITANIA - MAURITANIE C D 4 ^e Région 22.1 Kaédi Département 1 0
.....	501 22	MALAYSIA - MALAISIE	30.1-5.11	
.....	16-22.XII	10 0	
.....	233 12	THAILAND - THAÏLANDE	23-29.1	
SOUTH AFRICA	14.1-10.11	9 1	
AFRIQUE DU SUD		Oceania - Océanie	C D	
.....	849 8	TRUST TERRITORY OF THE	3-9.11	
America - Amérique		PACIFIC ISLANDS		
CANADA	C D	TERRITOIRE SOUS TUTELLE DES		
.....	11 0	ÎLES DU PACIFIQUE	7 0	

Newly Infected Areas as on 17 February 1983 - Zones nouvellement infectées au 17 février 1983

For criteria used in compiling this list, see No 4, page 28 - Les critères appliqués pour la compilation de cette liste sont publiés dans le N° 4, à la page 28.

The complete list of infected areas was last published in WER No 4, page 27. 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° 4, page 28. Pour sa mise à jour, il y a lieu de consulter les *Relevés* publiés depuis lors ou figurent les listes de zones à ajouter et à supprimer. La liste complète est généralement publiée une fois par mois.

CHOLERA - CHOLÉRA Asia - Asie MALAYSIA - MALAISIE Peninsular Malaysia Selangor State Gombak Petaling H District	Sarawak Lumbang Division Lawas District THAILAND - THAÏLANDE Nakhon Ratchasima Province Chakkarat District Non Thai District Surat Thani Province Surat Thani District	YELLOW FEVER - FIÈVRE JAUNE Africa - Afrique MAURITANIA - MAURITANIE 4 ^e Région Kaédi Département
---	--	---

Areas Removed from the Infected Area List between 11 and 17 February 1983
Zones supprimées de la liste des zones infectées entre les 11 et 17 février 1983

For criteria used in compiling this list, see No 4, page 28 - Les critères appliqués pour la compilation de cette liste sont publiés dans le N° 4, page 28.

CHOLERA - CHOLÉRA Asia - Asie MALAYSIA - MALAISIE Sarawak Kuching Division Lundu District	Simanggang Division Simunjan District THAILAND - THAÏLANDE Bangkok Metropolis Pom Prap Sattru Phai District Chachoengsao Province Bang Pakong District	Chon Buri Province Si Racha District Samut Prakan Province Bang Bo District
---	--	--

Price of the *Weekly Epidemiological Record*
 Prix du *Relevé épidémiologique hebdomadaire*

Annual subscription - Abonnement annuel Fr. s. 100.-