



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

17 FEBRUARY 1984

59<sup>th</sup> YEAR - 59<sup>e</sup> ANNÉE

17 FÉVRIER 1984

### EXPANDED PROGRAMME ON IMMUNIZATION Influence of Malaria on the Immune Response to Tetanus Toxoid in Pregnancy

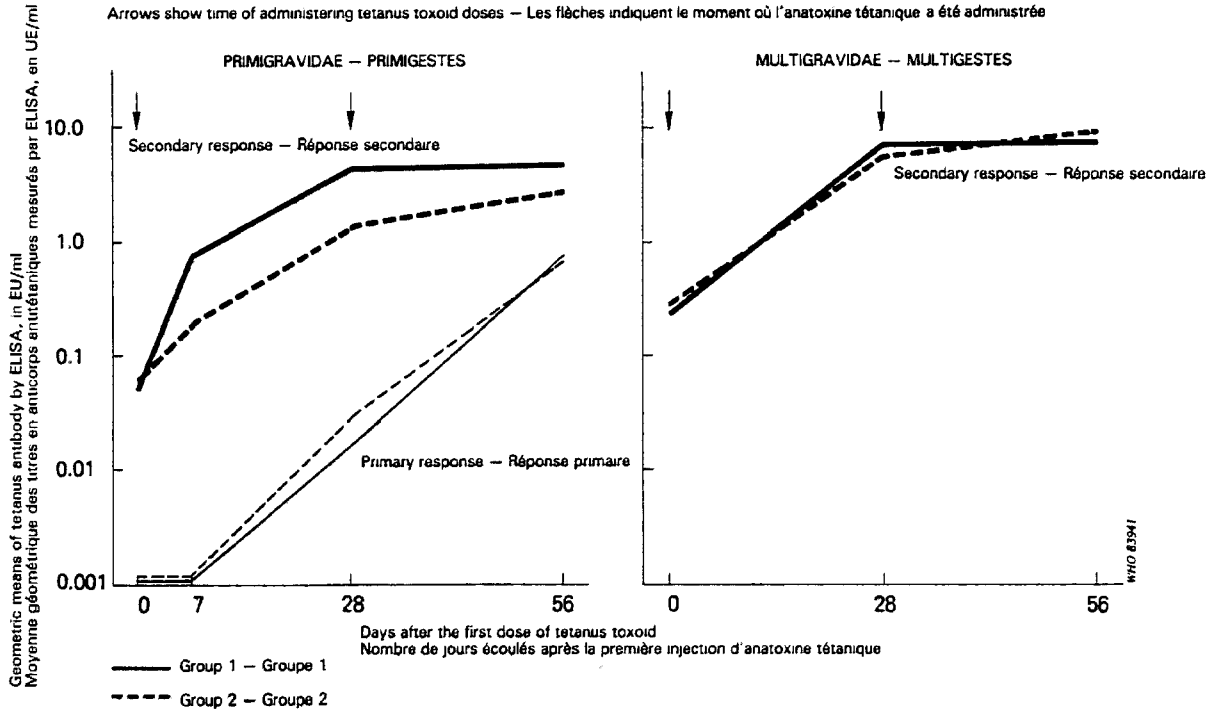
**KENYA.** - A study to assess the immunological response to adsorbed tetanus toxoid of pregnant women living under holoendemic malaria conditions was carried out in a rural hospital close to Lake Victoria.

### PROGRAMME ÉLARGI DE VACCINATION Influence du paludisme sur la réponse immunitaire à l'anatoxine tétanique pendant la grossesse

**KENYA.** - Dans un hôpital rural proche du lac Victoria, on a réalisé une étude en vue d'apprécier la réponse immunitaire à l'anatoxine tétanique adsorbée chez des femmes enceintes habitant une zone où le paludisme est holoendémique.

Fig 1

Geometric Mean Titres of ELISA Tetanus Antibody in 2 Groups of Pregnant Women,\* Kenya, 1983  
Titres moyens géométriques en anticorps antitétaniques mesurés par ELISA chez 2 groupes de femmes enceintes,\* Kenya, 1983



\* Group 1: Pregnant women who had no parasitaemia at any time during the follow-up period.  
\* Groupe 1: Femmes enceintes chez lesquelles aucun contrôle à aucun moment du suivi n'a révélé de parasitémie.  
Group 2: Pregnant women who had continuous or temporary parasitaemia during the follow-up period  
Groupe 2: Femmes enceintes présentant temporairement ou en permanence une parasitémie pendant le suivi

Epidemiological notes contained in this number.

Expanded Programme on Immunization, Health Statistics, Influenza Surveillance, Rubella Surveillance, Surveillance of Foodborne Diseases, Surveillance of *Neisseria Gonorrhoeae*.

List of Newly Infected Areas, p. 52.

Informations épidémiologiques contenues dans ce numéro

Programme élargi de vaccination, statistiques sanitaires, surveillance de la grippe, surveillance de la rubéole, surveillance de *Neisseria gonorrhoeae*, surveillance des maladies d'origine alimentaire.

Liste des zones nouvellement infectées, p. 52.

Primigravidae and multigravidae with no history of taking anti-malarial drugs were studied from the time of their first antenatal visit (day 0) with subsequent follow-up and venipuncture at day 7 (primigravidae only), day 28 and day 56. All women were immunized twice, at day 0 and day 28, with a purified tetanus toxoid adsorbed on aluminium phosphate (240 IU of potency when tested on mice, 10 Lf and 3 mg of AlPO<sub>4</sub> per dose). Antitoxin titrations were performed using an ELISA technique, and the results are expressed in ELISA units, EU/ml.

Each time the women attended the clinic they were given antenatal care by the nursing staff of the hospital who also took blood samples and administered 310 mg chloroquine (base) for malaria prophylaxis. Since this chemoprophylaxis was hospital policy and its effect was unknown, it was decided not to request any changes specifically for study purposes.

Seventy-two primigravidae and 116 multigravidae were studied at days 0 and 28, but not as many attended again at day 56

Results have been analyzed according to the patterns of *Plasmodium falciparum* parasitaemia which were observed during the follow-up period. Two groups of pregnant women were analyzed. Group 1 consisted of women who had no parasitaemia in any follow-up period. Group 2 consisted of women who had parasitaemia at least once during the follow-up period

Les patientes primigestes et multigestes sans antécédent de traitement par un médicament antipaludique ont été examinées lors de la première visite prénatale (jour 0) et revues par la suite avec ponction veineuse aux jours 7 (pour les primigestes seulement), 28 et 56. Toutes ont été vaccinées 2 fois, aux jours 0 et 28, avec l'anatoxine tétanique purifiée adsorbée sur phosphate d'aluminium (240 UI activité titrée sur souris, 10 Lf et 3 mg de AlPO<sub>4</sub> par dose). L'antitoxine a été titrée à l'aide de la technique ELISA et les résultats exprimés en unités ELISA (UE/ml).

A chacune des consultations, le personnel infirmier de l'hôpital a dispensé les soins prénatals, effectué les prises de sang et administré 310 mg de chloroquine (base) pour la chimioprophylaxie du paludisme. La prophylaxie médicamenteuse contre le paludisme étant de règle dans cet hôpital et ses effets étant inconnus, il a été décidé de ne pas la modifier expressément pour cette étude.

Soixante-douze femmes primigestes et 116 multigestes ont été examinées aux jours 0 et 28; elles ont toutefois été moins nombreuses à se présenter au jour 56.

Les résultats ont été analysés en fonction de la présence, observée au cours du suivi, d'une parasitémie à *Plasmodium falciparum*. Deux groupes de femmes ont été étudiés. Le groupe 1 comportait celles chez lesquelles l'hématozoaire n'a été rencontré au cours d'aucune des visites. Le groupe 2 était formé des femmes chez lesquelles il a été observé au moins une fois au cours des examens de contrôle.

Table 1. Percentage of Pregnant Women with ELISA Tetanus Antibody of 0.01 EU/ml or More in Response to Tetanus Toxoid Immunization, Kenya, 1983

Tableau 1. Pourcentage de femmes enceintes dont les titres en anticorps antitétaniques mesurés par ELISA sont supérieurs ou égaux à 0,01 UE/ml en réponse à la vaccination par l'anatoxine tétanique, Kenya, 1983

Type of Antibody Response Réponse immunitaire	Parasitaemia Group* Parasitémie groupe*	Follow-up Time - Durée du suivi			
		Day - jour 0	Day - Jour 7	Day - Jour 28	Day - Jour 56
Primary - Primaire . . . . .	1	0	0	50	100
	2	0	0	56	93
Secondary - Secondaire . . . . .	1	87	89	100	100
	2	87	96	100	100

\*Group 1 Pregnant women who had no parasitaemia at any time during the follow-up period.  
 \*Groupe 1 Femmes enceintes chez lesquelles aucun contrôle à aucun moment du suivi n'a révélé de parasitémie  
 Group 2 Pregnant women who had continuous or temporary parasitaemia during the follow-up period.  
 Groupe 2 Femmes enceintes présentant temporairement ou en permanence une parasitémie pendant le suivi.

Table 2. ELISA Tetanus Antibody Geometric Mean Titres (in EU/ml) in 146 Pregnant Women in Relation to the Number of Pregnancies (Secondary Responses Only), Kenya, 1983

Tableau 2. Titres moyens géométriques en anticorps antitétaniques mesurés par ELISA (en UE/ml) chez 146 femmes enceintes en fonction du nombre de grossesses (réponses secondaires seulement), Kenya, 1983

Pregnancy - Grossesse	Follow-up Time - Durée du suivi			
	Day - Jour 0		Day - Jour 28	
	Number of Sera Tested Nombre de sérums titrés	Geometric Mean Moyenne géométrique	Number of Sera Tested Nombre de sérums titrés	Geometric Mean Moyenne géométrique
1 . . . . .	38	0.05	38	1.27
2 . . . . .	23	0.16	23	5.36
3 . . . . .	30	0.20	30	7.71
4-5 . . . . .	26	0.29	26	7.13
≥ 6 . . . . .	29	0.67	21	7.48

Figure 1 shows geometric means of ELISA tetanus antibody titres in these 2 groups; in primigravidae, primary responses were distinguished from the secondary ones on the basis of tetanus antibody titres found at 0 and 7 days of follow-up. Table 1 shows the percentage of women with ELISA titres of 0.01 EU/ml or more in response to tetanus toxoid immunization.

The results indicate that there are no significant differences between the antibody response of women without parasitaemia and that of women who showed evidence of parasitaemia at least once during the follow-up period. All primigravidae and multigravidae, regardless of the presence or absence of parasitaemia at different stages of follow-up, showed good primary or secondary responses following immunization.

Table 2 shows that antibody titres increase with the number of pregnancies. This is interpreted largely as being a result of tetanus immunization in earlier pregnancies.

Les graphiques de la Figure 1 représentent les moyennes géométriques des titres en anticorps antitétaniques mesurés par la méthode ELISA dans les 2 groupes; chez les primigestes, les réponses primaire et secondaire diffèrent par les titres d'anticorps antitétaniques rencontrés aux jours 0 et 7. Le Tableau 1 donne les pourcentages de femmes dont les titres mesurés par ELISA sont supérieurs ou égaux à 0,01 UE/ml en réponse à la vaccination par l'anatoxine tétanique.

On voit d'après les résultats qu'il n'existe pas de différence significative entre la réponse en anticorps chez les femmes non parasitées et chez celles du groupe 2. Toutes les primigestes de même que toutes les multigestes, en présence ou non d'une parasitémie à divers moments du suivi, ont manifesté de bonnes réponses primaire ou secondaire à la suite de la vaccination.

On remarque dans le Tableau 2 que les titres en anticorps augmentent avec le nombre de grossesses. Le phénomène observé peut s'interpréter en grande partie comme le résultat des vaccinations antitétaniques subies à l'occasion de grossesses antérieures.

## SURVEILLANCE OF FOODBORNE DISEASES

## Guidelines on Salmonellosis\*

Salmonellosis is a widespread foodborne zoonotic disease, which presents an actual or potential problem for all countries. The guidelines, drafted by 19 authors from different countries and edited by Dr A. H. Linton, University of Bristol, United Kingdom, cover practically all aspects of prevention and control of this disease.

In particular, the guide briefly considers the etiology of the disease in humans, its pathology, diagnosis, and treatment. The document gives practical advice on how to organize surveillance of salmonellosis; it describes social and economic aspects of foodborne disease with special reference to salmonellosis. It also gives simple and practical advice based on programmes which have already been successfully implemented by Member States on preventive and control measures in the following areas: animal husbandry (pigs, cattle, poultry), transportation of animals, slaughter and processing of meat, meat products and poultry.

The reader will find useful information, including a comprehensive list of references relating to existing methods of decontamination of food and foodstuffs, on prevention of *Salmonella* contamination during retail handling of foods, on the hazards of *Salmonella* infection derived from companion animals as well as recommendations on cleaning and disinfection. The guide also gives information on the problem of salmonellosis in international trade.

The document contains 5 annexes with recommendations on microbiological monitoring and detection of *Salmonella*, practical measures to decontaminate fish meal, and the addresses of *Salmonella* surveillance centres all over the world.

The preventive and control measures presented in the guidelines are in most cases valid for other enteric pathogens of a zoonotic nature which in many circumstances behave similarly. Many of these bacteria have similar survival properties in the environment and in food, and similar resistance to cooling, freezing, heating, irradiation, disinfectants, drying, salting and other technological procedures. Consequently, the use of good hygienic practice by food handlers and by consumers aimed at prevention and control of salmonellosis will also be effective in the prevention of many other types of foodborne diseases of bacterial or viral origin (e.g. diseases caused by *S. typhi*, *S. paratyphi*, *Yersinia enterocolitica*, enteropathogenic *Escherichia coli*, *Staphylococcus aureus*, *Campylobacter* spp., *Vibrio parahaemolyticus*, *Brucella* spp., rotaviruses, etc.).

The guidelines can be obtained free of charge from the Chief, Veterinary Public Health, Division of Communicable Diseases, World Health Organization, Geneva, Switzerland.

\* Guidelines on prevention and control of salmonellosis (unpublished document VPH/83/42). Geneva, World Health Organization, 1983

## Human Salmonellosis

UNITED KINGDOM — For the fifth year in succession there was a further increase in the incidence of human salmonellosis in Scotland during 1982 to a total of 2 621 isolations, compared with 2 526 during 1981 (Table 1).<sup>1</sup> *Salmonella typhimurium* continued to be the most frequently identified serotype (1 286 isolations) and was responsible for the majority of family and general outbreaks which occurred, followed in frequency by *S. enteritidis* (279), *S. virchow* (259) and *S. saintpaul* (240). Two serotypes were isolated which had not previously been identified in Scotland: *S. napoli* and *S. veneziana*. A total of 57 different serotypes were identified in 1982 compared with 73 in 1981.

Fifty-eight community and institutional outbreaks were reported during the year, of which 50 were attributed to foodborne spread and 8 to other causes, such as person-to-person spread or contact with animals. These general outbreaks were associated with hotels, restaurants, canteens (12); dairy farms (9), private households (9), hospitals (5); non-commercial catering (2); other farming communities (2), general community (19, including 13 which originated outside Scotland).

A specified food vehicle was incriminated bacteriologically or epidemiologically in 25 of the 50 foodborne outbreaks: poultry meat (12 outbreaks), milk (9), other meats (2), mayonnaise (1) and savoury sandwiches (1).

<sup>1</sup> See No. 9, 1983, pp 64-65

## SURVEILLANCE DES MALADIES D'ORIGINE ALIMENTAIRE

## Directives sur les salmonelloses\*

Les salmonelloses sont des zoonoses très répandues qui, du fait qu'elles peuvent déterminer chez l'homme des toxi-infections alimentaires, posent un problème effectif ou potentiel dans tous les pays. Les présentes directives, rédigées par 19 auteurs de différents pays sous la direction du Dr A. H. Linton, de l'Université de Bristol, Royaume-Uni, couvrent pratiquement tous les aspects de la lutte contre ces maladies.

Le recueil de directives examine brièvement, en particulier, l'étiologie de la maladie chez l'homme, son anatomo-pathologie, son diagnostic et son traitement. Il fournit des conseils pratiques sur la manière d'organiser la surveillance des salmonelloses; il décrit les aspects sociaux et économiques des maladies d'origine alimentaire et spécialement les salmonelloses; en se basant sur les programmes de lutte déjà mis en œuvre avec succès par les Etats Membres, il donne également des conseils simples et pratiques dans les domaines suivants: élevage des animaux (porcins, bovins, volailles), transport et abattage des animaux, préparation des viandes, des produits carnés et de la volaille.

Le lecteur y trouvera des renseignements utiles, et notamment une bibliographie sur les méthodes actuelles de décontamination des aliments et des produits alimentaires, la prévention de la contamination par les *Salmonella* au cours de la manipulation dans la vente au détail, les dangers de contamination par les animaux familiers porteurs de *Salmonella*, ainsi que des recommandations en vue du nettoyage et de la désinfection. Le problème des salmonelloses dans les échanges internationaux est également évoqué.

Le document comporte 5 annexes où figurent des recommandations sur la surveillance microbiologique et la recherche des *Salmonella*, des mesures pratiques pour décontaminer la farine de poisson, ainsi que les adresses des Centres de surveillance des *Salmonella* dans le monde entier.

Les mesures de lutte exposées dans les directives sont, dans la plupart des cas, valables pour les autres germes entéropathogènes responsables de zoonoses qui, dans bien des circonstances, ont le même comportement. C'est ainsi que bon nombre d'entre eux survivent de la même manière dans l'environnement et les aliments, et offrent une résistance identique au refroidissement, à la congélation, au réchauffement, aux rayonnements, aux désinfectants, à la dessiccation, au salage et autres techniques. Dans ces conditions, le respect de bonnes pratiques d'hygiène par les manipulateurs de denrées alimentaires et par les consommateurs en vue de lutter contre les salmonelloses ne peut qu'avoir un effet positif sur la prévention de nombreuses autres toxi-infections ou viroses alimentaires (dues par exemple à *S. typhi*, *S. paratyphi*, *Yersinia enterocolitica*, *Escherichia coli*, *Staphylococcus aureus*, *Campylobacter* spp., *Vibrio parahaemolyticus*, *Brucella* spp., les rotavirus, etc.).

Les directives peuvent être obtenues gratuitement sur demande adressée au Chef du Service de la Santé publique vétérinaire, Division des Maladies transmissibles, Organisation mondiale de la Santé, Genève, Suisse.

\* Guidelines on prevention and control of salmonellosis (document non publié VPH/83/42) Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1983 (en anglais seulement).

## Salmonellose humaine

ROYAUME-UNI — Pour la cinquième année consécutive, on a enregistré en Ecosse, en 1982, un accroissement de l'incidence de la salmonellose humaine, avec un total de 2 621 isolements contre 2 526 en 1981 (Tableau 1).<sup>1</sup> *Salmonella typhimurium* est resté le sérotype le plus fréquemment identifié (1 286 isolements), causant la majorité des poussées tant familiales que générales. Il était suivi par *S. enteritidis* (279 isolements), *S. virchow* (259) et *S. saintpaul* (240). On a aussi isolé, pour la première fois en Ecosse, les sérotypes *S. napoli* et *S. veneziana*. En tout, 57 sérotypes différents ont été identifiés en 1982, contre 73 en 1981.

Au cours de l'année il a été signalé 58 poussées touchant des collectivités ou des institutions, dont 50 ont été imputées à la transmission par des aliments et 8 à d'autres causes, telles que la contagion entre personnes ou le contact avec des animaux. Ces poussées étaient associées aux milieux suivants: hôtels, restaurants et cantines (12); fermes laitières (9); ménages (9); hôpitaux (5); établissements d'alimentation non commerciaux (2), autres fermes (2); collectivité générale (19, dont 13 ayant leur origine hors d'Ecosse).

Un aliment déterminé a pu être incriminé bactériologiquement ou épidémiologiquement dans 25 poussées sur un total de 50 poussées d'origine alimentaire: volaille (12 poussées), lait (9), autres viandes (2), mayonnaise (1) et sandwiches épicés (1).

<sup>1</sup> Voir N° 9, 1983, pp 64-65

Table 1. Human Salmonellosis: Age Distribution and Isolation Rate per 100 000 Population, Scotland, 1982  
Tableau 1 Salmonellose humaine: distribution par âge et taux d'isolement pour 100 000 habitants, Ecosse, 1982

Age Groups (in Years) — Groupe d'âge (années)	Number of Isolations Nombre d'isolements	Isolation Rate per 100 000 Population* Taux d'isolements pour 100 000 habitants*
0-4	473	150.1
5-14	268	34.1
15-24	467	54.2
25-34	378	52.7
35-44	271	45.0
45-54	162	27.5
55-64	118	21.3
65 and over — 65 et plus	189	26.0
unknown — inconnu	295	—
Total	2 621	50.9

\* Based on Registrar-General's mid-year estimated home population for 1981 — Population en 1981, d'après l'estimation semestrielle du Bureau de l'Etat civil

Poultry was implicated in 12 outbreaks affecting 298 persons, and in addition also featured in many family incidents. Eight outbreaks were associated with chicken, the serotypes primarily responsible being *S. typhimurium* (3 outbreaks), *S. virchow* (3) and *S. enteritidis* (2), while the 4 turkey-associated outbreaks were due to *S. saintpaul* (2) and *S. enteritidis* (2). In 3 poultry-borne outbreaks, more than 1 serotype was identified; *S. virchow*, *S. bredeney*, *S. typhimurium* phage type 12a and *S. ealing* (chicken), *S. saintpaul*, *S. stanley* and *S. 4,12:d* — (turkey); and *S. enteritidis* phage type 8, *S. saintpaul* and *S. virchow* (turkey).

Contaminated raw milk was responsible for 9 general outbreaks during the year, involving 316 persons, and for 1 family outbreak affecting 2 persons resident on a dairy farm. Three of the general outbreaks also affected farming communities and 6 occurred in the general community among persons who had purchased and consumed untreated milk. All 10 outbreaks were caused by *S. typhimurium* belonging to several different phage types: type 110 (3 outbreaks), type 12 (2 outbreaks), and single outbreaks due to types 10, 44, 193, 204a, and 110 and 193.

One of the 5 hospital outbreaks was foodborne, due to infected mayonnaise, with the other 4 apparently caused by person-to-person spread within individual wards. Two episodes of secondary person-to-person spread in domestic situations also occurred in the outside community. Contact with infected livestock was the origin of human illness on 2 farms.

The source of infection was not apparent in 12 general outbreaks originating within Scotland. Thirteen outbreaks arose from outside Scotland and affected returning holidaymakers and other travellers, from overseas (11 outbreaks) and from elsewhere in the United Kingdom (2). Of the former, 7 originated in Spain or the Balearic Islands; 2 in France; and 1 each in Belgium and Switzerland.

Ten salmonella-associated deaths were reported in 1982, all of which involved persons over 65 years of age. The serotypes isolated were *S. typhimurium* (6); *S. bredeney*, *S. enteritidis*, *S. schwarzengrund* and *S. virchow* (1 each).

(Based on/D'après: *Communicable Diseases Scotland*, No 83/40, 1983.)

La volaille a été incriminée dans 12 poussées affectant 298 personnes et a en outre un rôle dans de nombreux épisodes familiaux. Huit poussées étaient associées à la consommation de poulet, les sérotypes principalement responsables étant *S. typhimurium* (3 poussées), *S. virchow* (3) et *S. enteritidis* (2), alors que 4 poussées en rapport avec la consommation de chair de dinde étaient dues à *S. saint-paul* (2) et *S. enteritidis* (2). Dans 3 poussées transmises par la volaille on a pu identifier plus d'un sérotype: *S. virchow*, *S. bredeney*, *S. typhimurium*, lysotype 12a, et *S. ealing* (poulet), *S. saintpaul*, *S. stanley* et *S. 4,12:d* — (dinde); et *S. enteritidis*, lysotype 8, *S. saint-paul* et *S. virchow* (dinde).

Le lait cru contaminé a causé 9 poussées générales pendant l'année, affectant 316 personnes, ainsi qu'une poussée familiale, touchant 2 personnes, dans une ferme laitière. Trois des poussées générales ont aussi concerné des communautés agricoles, et 6 se sont produites au sein de la population parmi des personnes ayant acheté et consommé du lait non traité. Les 10 poussées ont été causées par *S. typhimurium* de différents lysotypes: type 110 (3 poussées), type 12 (2 poussées), et des poussées affectant une seule personne ont été dues aux lysotypes 10, 44, 193, 204a, et 110 et 193.

L'une des 5 poussées hospitalières était due à un aliment (mayonnaise infectée) et les 4 autres semblent être le résultat d'une transmission de personne à personne dans des chambres individuelles. Deux cas de propagation secondaire de personne à personne en famille se sont produits hors de l'hôpital. Le contact avec du bétail infecté a été à l'origine de cas humains dans 2 fermes.

Dans 12 poussées générales et ayant leur origine en Ecosse, la source de l'infection n'a pas pu être déterminée. Treize poussées ayant eu leur origine hors d'Ecosse ont affecté des vacanciers et d'autres voyageurs revenant soit de l'étranger (11 poussées) soit d'autres endroits du Royaume-Uni (2). Parmi les premiers, 7 venaient d'Espagne ou des îles Baléares, 2 de France, 1 de Belgique et 1 de Suisse.

Dix décès liés aux *Salmonella* ont été signalés en 1982, tous concernant des personnes de plus de 65 ans. Les sérotypes isolés étaient *S. typhimurium* (6); *S. bredeney*, *S. enteritidis*, *S. schwarzengrund* et *S. virchow* (1 chacun).

## SURVEILLANCE OF NEISSERIA GONORRHOEAE

AUSTRALIA. — Since its inception in July 1981, the Australian Gonococcal Surveillance Program (AGSP) has collated the national prevailing penicillin sensitivities of *N. gonorrhoeae* isolates. Table 1 gives the percentage of gonococcal isolates classed as either sensitive (minimal inhibitory concentration (MIC) value 0.008 µg/ml) or less sensitive (MIC = 0.12 µg/ml) to penicillin, for the period July 1982-June 1983.<sup>1</sup>

The 2 categories accounted for the majority of the isolates. Strains regarded as relatively resistant to penicillin (MIC ≥ 1 µg/ml) represented approximately 3% of all isolates, and are not shown in Table 1. Sydney had the lowest proportion of sensitive strains of any of the centres, and this proportion varied little over the 12 months. In Melbourne, the 2 categories were isolated in approximately equal numbers, a pattern which has also been constant over the past 2 years, except during April-June 1983, when less sensitive strains predominated. On the other hand, Adelaide, Brisbane and Perth displayed fluctuations in the relative proportions of sensitive and less sensitive strains. For Adelaide and Brisbane, the proportions in the second quarter of 1983 were

<sup>1</sup> For the period July 1981-June 1982, see No. 49, 1982, pp. 384-385

## SURVEILLANCE DE NEISSERIA GONORRHOEAE

AUSTRALIE. — Depuis son lancement en juillet 1981, le Programme australien de surveillance des gonocoques (AGSP) a collationné les données nationales relatives à la sensibilité à la pénicilline d'isolats de *N. gonorrhoeae*. On trouvera au Tableau 1 le pourcentage de souches gonococciques «sensibles» (concentration minimale inhibitrice (CMI) ≤ 0,008 µg/ml) et «moins sensibles» (CMI = 0,12 µg/ml) à la pénicilline pour les isolements réalisés de juillet 1982 à juin 1983.<sup>1</sup>

La majorité des isolements appartiennent à l'une ou l'autre de ces catégories. Les souches considérées comme relativement résistantes à la pénicilline (CMI ≥ 1 µg/ml) représentaient environ 3% du total des isolements et ne figurent pas au Tableau 1. Sydney a enregistré la proportion la plus faible de souches sensibles par rapport aux autres centres et cette proportion a peu varié au cours des 12 mois considérés. A Melbourne, on a isolé à peu près le même nombre de souches des 2 catégories, et cette tendance a également été constante ces 2 dernières années, sauf en avril-juin 1983, où les souches moins sensibles ont prédominé. En revanche, à Adélaïde, à Brisbane et à Perth, les proportions de souches sensibles et moins sensibles ont davantage varié. A Adélaïde et Brisbane, les proportions enregistrées au second trimestre de 1983 étaient analogues à celles

<sup>1</sup> Pour la période juillet 1981-juin 1982, voir N° 49, 1982, pp. 384-385

similar to those observed at the same period in 1982. In Perth, sensitive strains now predominate.

observées lors de la même période en 1982. A Perth, ce sont actuellement les souches sensibles qui prédominent.

**Table 1. Penicillin Sensitivity of *N. gonorrhoeae* Isolates, Australia, July 1982-June 1983**  
**Tableau 1 Sensibilité à la pénicilline d'isolements de *N. gonorrhoeae*, Australie, juillet 1982-juin 1983**

Centre	Percentage of Isolates - Pourcentage d'isolements							
	1982				1983			
	July-Sept. Juil.-Sept.		Oct.-Dec. Oct.-Déc.		Jan.-Mar. Janv.-Mars		Apr.-June Avr.-Juin	
	A	B	A	B	A	B	A	B
Brisbane	51.6	38.8	51.3	38.3	39.5	48.3	38.0	49.0
Sydney	28.9	62.5	16.5	74.8	22.5	68.4	19.0	67.8
Melbourne	44.8	45.6	41.4	43.8	48.0	46.0	31.2	53.2
Adelaide - Adelaide	19.2	54.3	35.7	42.6	45.0	40.0	39.0	50.0
Perth	27.7	52.9	25.0	57.0	37.0	37.8	45.0	38.0
Strains examined - Souches examinées	1 593		1 563		1 771		1 204	

A Sensitive strains (MIC  $\leq 0.008$   $\mu\text{g/ml}$ ). - Souches sensibles (CMI  $\leq 0.008$   $\mu\text{g/ml}$ ).  
 B. Less sensitive strains (MIC = 0.12  $\mu\text{g/ml}$ ). - Souches moins sensibles (CMI = 0,12  $\mu\text{g/ml}$ ).

**Penicillinase-producing Strains (PPNG)**

The isolation percentages of PPNG strains also varied between centres and quarterly periods (Table 2).

Comparison of the data with the previous 12 months indicated that the percentages of PPNG isolates were slightly less in Sydney, Brisbane and Perth, but increased in Melbourne and Adelaide although these 2 centres still recorded the lowest incidences of PPNG.

In January-March 1983, PPNG strains were isolated from 81 patients (63 males; 18 females). When stated, sites of isolation comprised 49 urethral, 3 rectal and 2 pharyngeal cultures among male patients, and 10 urethral/cervical and 2 pharyngeal cultures among the females. Eighteen patients (17 males; 1 female) acquired their disease in the Philippines, 4 in Thailand, 4 in Indonesia, 3 in Papua New Guinea, 2 in Singapore and 1 each in Fiji and the United States of America. Five males and 7 females acquired their disease locally, while 3 female patients were contacts of overseas visitors. No details were available for 33 patients.

**Souches productrices de pénicillase (NGPP)**

Les pourcentages d'isolements des souches de NGPP ont également varié selon les centres et les trimestres (Tableau 2).

La comparaison de ces données avec celles des 12 mois précédents a montré que les pourcentages d'isolements de NGPP ont légèrement baissé à Sydney, Brisbane et Perth, mais ont augmenté à Melbourne et Adélaïde, bien que ces 2 centres enregistrent encore l'incidence la plus faible de NGPP.

De janvier à mars 1983, des souches de NGPP ont été isolées chez 81 patients (63 hommes et 18 femmes). Les isolements dont la localisation a été précisée se décomposaient comme suit: 49 cultures urétrales, 3 cultures rectales et 2 cultures pharyngées pour les hommes, 10 cultures urétrales/cervicales et 2 cultures pharyngées pour les femmes. Dix-huit patients (17 hommes et 1 femme) avaient contracté leur maladie aux Philippines, 4 en Thaïlande, 4 en Indonésie, 3 en Papouasie-Nouvelle-Guinée, 2 à Singapour, 1 à Fidji et 1 aux Etats-Unis d'Amérique. Cinq hommes et 7 femmes avaient contracté leur infection en Australie, et 3 femmes avaient été en contact avec des visiteurs d'outre-mer. On ne dispose pas d'informations sur les 33 autres cas.

**Table 2. Isolation Percentages of Penicillinase-Producing *N. gonorrhoeae* (PPNG) Strains Reported to AGSP, Australia, July 1982-June 1983\***  
**Tableau 2 Pourcentages d'isolements de souches de *N. gonorrhoeae* productrices de pénicillase (NGPP) signalés à l'AGSP, Australie, juillet 1982-juin 1983\***

Centre	Percentage of Isolates - Pourcentage d'isolements			
	1982		1983	
	July-Sept. Juil.-Sept.		Oct.-Dec. Oct.-Déc.	
	Jan.-Mar. Janv.-Mars		Apr.-June Avr.-Juin	
Brisbane	2.6 (1.7)	3.8 (4.9)	5.7 (7.8)	6.5 (6.7)
Sydney	4.0 (1.6)	2.8 (7.0)	3.9 (3.9)	6.5 (7.0)
Melbourne	2.4 (1.1)	2.5 (3.0)	3.7 (3.2)	2.5 (0.1)
Adelaide - Adelaide	6.6 (0.8)	4.5 (2.9)	4.7 (0.1)	2.2 (1.9)
Perth	7.0 (4.2)	7.9 (11.5)	5.2 (7.2)	4.8 (5.8)
Hobart	-	-	-	0
PPNG strains - Souches de NGPP	58		61	
	81		50	

\* Percentages for corresponding periods between July 1981 and June 1982 are in parentheses.  
 \* Les pourcentages pour les périodes correspondantes entre juillet 1981 et juin 1982 figurent entre parenthèses.

Fifty PPNG strains (40 males; 10 females) were isolated during April-June 1983; 30 urethral isolates were reported from the male patients, and 6 urethral/cervical, 2 pharyngeal and 1 rectal isolate were cultured from the female patients. Nineteen infections were acquired overseas, and included Thailand (8 cases), the Philippines (3), Indonesia (2), Malaysia (2), China (province of Taiwan) (1), Hong Kong (1) and an Arabian Gulf State (1). Fourteen cases were acquired locally, and an additional 4 patients were contacts of overseas visitors. No information was available for 13 patients.

Cinquante souches de NGPP ont été isolées d'avril à juin 1983 (chez 40 hommes et 10 femmes). Chez les hommes, on a signalé 30 isolements urétraux et chez les femmes, 6 isolements urétraux/cervicaux, 2 isolements pharyngés et 1 isolement rectal. Dix-neuf patients avaient contracté leur infection outre-mer, dont 8 en Thaïlande, 3 aux Philippines, 2 en Indonésie, 2 en Malaisie, 1 en Chine (province de Taïwan), 1 à Hong Kong et 1 dans un Etat du Golfe arabe. Quatorze patients avaient contracté leur infection en Australie et 4 autres avaient été en contact avec des visiteurs d'outre-mer. On ne dispose pas d'informations sur les 13 autres cas.

(Based on/D'après. *Communicable Diseases Intelligence*, No. 83/22.)

**RUBELLA SURVEILLANCE**

UNITED STATES OF AMERICA. - Although the incidence of reported rubella has fluctuated slightly over the past several years, a downward trend has been observed for most of the country. A review of data for the period 1 January 1980 through 24 September 1983, indicates that if no sudden change in reporting patterns occurs, the final rubella incidence rate for 1983 should reach its lowest level.

**SURVEILLANCE DE LA RUBÉOLE**

ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE. - L'incidence des cas de rubéole notifiés fluctue légèrement depuis quelques années mais manifeste cependant une tendance à la baisse dans l'ensemble du pays. L'examen des données qui couvrent la période du 1<sup>er</sup> janvier 1980 au 24 septembre 1983 montre que si aucun changement brusque ne se produit dans le rythme des notifications, l'incidence finale de la rubéole devrait en 1983 atteindre son niveau le plus bas.

In 1980, a total of 3 904 cases of rubella were reported to the Centers for Disease Control; this represents an incidence of 1.7 cases per 100 000 population.

The 1981 incidence (0.9 per 100 000) was the lowest reported since rubella became a notifiable disease in 1966; 2 077 cases were reported in 1981, a decline of 47% from 1980. In 1982, 2 325 cases of rubella were reported in the United States of America (incidence 1.0 per 100 000)—a 12% increase over the 1981 total. The increased occurrence in 1982 reflected an increase in cases of rubella in California, primarily among adolescent and young-adult populations and particularly in hospitals and universities.<sup>1</sup> In the rest of the country, the number of reported rubella cases was 42% lower in 1982 than in 1981.

During the first 38 weeks of 1983 (ending 24 September 1983), 791 cases were reported, a 61% decrease from the number reported during the same period in 1982.

The age-specific incidence rate of rubella in children under 15 years of age decreased over the past 3 years. While children under 5 years of age still had the highest overall incidence rate in 1982 (2.7 reported rubella cases per 100 000 population), they accounted for a lower proportion of all cases in 1982 (20%) than in 1981 (37%). In contrast, the incidence rate for those 15 years of age and older, which was lower in 1981 (0.4 per 100 000) than in 1980 (1.0 per 100 000), increased somewhat in 1982 (0.8 per 100 000). Persons 15 years of age and older accounted for a much higher proportion of cases in 1982 (62%) than in 1981 (37%). Although between 1981 and 1982 the incidence rates increased for all age groups over 15 years, there was an almost three-fold increase in the 25- to 29-year age group. If California cases are excluded, the incidence rates for persons 15 years of age and older decreased by 17% between 1981 and 1982. When rates for 1980 and 1982 are compared, age-specific incidence rates in 1982 were higher only for persons 25 years of age and older (a 50% increase).

#### Congenital Rubella Syndrome

Detailed reports of cases of congenital rubella syndrome (CRS) are collected in the National Congenital Rubella Syndrome Registry (NCRSR).

The cases reported are classified according to specific criteria and are reported by year of birth.\* Data for a given year are reported as provisional until at least 3 years have elapsed. According to the NCRSR, the incidence rates of confirmed and compatible CRS have declined substantially since 1979. Fifty-five cases were reported in 1979, 14 in 1980, and 9 in both 1981 and 1982. California reported 7 of the 9 cases in 1982 and is the only state that has reported cases in 1983 (3 cases, all with estimated dates of conception in 1982). Almost all CRS cases continue to be reported within the first year of birth.

**EDITORIAL NOTE:** The goal of rubella immunization programmes is to prevent congenital rubella infection. The immunization strategy adopted by the United States in 1969 was aimed at controlling rubella in preschool and young school-aged children, the known reservoirs for rubella transmission. The intention was to prevent exposure of susceptible, pregnant females to rubella virus. Accordingly, the primary target group for vaccine was children of both sexes. Secondary emphasis was placed on immunizing susceptible adolescents and young adults, especially women. By 1977, immunization of children 12 months of age and older had resulted in marked declines in reported rubella incidence in children and had interrupted the characteristic 6- to 9-year rubella epidemic cycle; however, this immunization strategy had less effect on rubella incidence in persons 15 years old and over (i.e., childbearing age for women). Approximately 10%-20% of this latter population continued to be susceptible, a proportion similar to that of prevaccine years. Most importantly, reported endemic CRS continued at a low but constant level. When this problem was recognized, increased efforts were made to immunize junior and senior high-school students and enforce rubella immunization requirements for school entry. Also, all susceptible military recruits began to receive rubella vaccine.

Rubella outbreaks in hospitals have caused concern about the need to screen and/or immunize susceptible personnel. A number of states have considered requiring proof of rubella immunity for

En 1980, on a notifié au total 3 904 cas de rubéole aux *Centers for Disease Control*, ce qui représente une incidence de 1,7 cas par 100 000 habitants.

L'incidence pour 1981 (0,9 pour 100 000) a été la plus basse depuis que la rubéole est devenue une maladie à déclaration obligatoire en 1966, 2 077 cas ont été enregistrés cette année-là, soit une baisse de 47% par rapport à 1980. En 1982, on a notifié 2 325 cas de rubéole aux Etats-Unis d'Amérique (incidence 1,0 pour 100 000), soit une augmentation de 12% par rapport au total de 1981. Cet accroissement de fréquence en 1982 reflète l'augmentation du nombre de cas de rubéole en Californie, essentiellement chez l'adolescent et le jeune adulte et en particulier dans les hôpitaux et les universités.<sup>1</sup> Dans le reste du pays, le nombre de cas de rubéole notifiés en 1982 était en baisse de 42% sur l'année précédente.

Pendant les 38 premières semaines de 1983 (jusqu'au 24 septembre 1983) on a notifié 791 cas, soit une diminution de 61% par rapport au nombre de notifications pendant la même période de l'année 1982.

En 3 ans, l'incidence de la rubéole par groupe d'âge a baissé chez les moins de 15 ans. En 1982, l'incidence moyenne dans ce groupe était encore la plus forte (2,7 cas de rubéole notifiés par 100 000 habitants) mais le nombre de cas était pourtant proportionnellement plus faible (20% de l'ensemble) qu'en 1981 (37%). Inversement, l'incidence plus faible dans le groupe des 15 ans et plus qui avait été plus faible en 1981 (0,4 pour 100 000) qu'en 1980 (1,0 pour 100 000) s'est quelque peu accrue en 1982 (0,8 pour 100 000). Les 15 ans et plus ont représenté une proportion de cas beaucoup plus forte en 1982 (62%) qu'en 1981 (37%). Si, entre les 2 années, l'incidence a augmenté dans tous les groupes d'âge au-delà de 15 ans, elle a presque triplé pour le groupe des 25-29 ans. Si l'on exclut les cas survenus en Californie, l'incidence chez les 15 ans et plus a au contraire baissé de 17% entre 1981 et 1982. Si l'on compare les taux de 1980 et 1982, l'incidence par groupe d'âge en 1982 n'est supérieure que chez les 25 ans et les plus de 25 ans (50% d'augmentation).

#### Syndrôme rubéolique congénital

Les comptes rendus détaillés des cas de syndrôme rubéolique congénital (SRC) sont rassemblés dans le *National Congenital Rubella Syndrome Registry* (NCRSR).

Les cas notifiés sont classés selon des critères précis et sont communiqués par année de naissance.\* Les données concernant une année déterminée sont indiquées à titre provisoire pendant un délai d'au moins 3 ans. Selon le NCRSR, l'incidence des cas de SRC confirmés ou suspects a sensiblement baissé depuis 1979. En 1979, 55 cas ont été enregistrés, 14 en 1980 et 9 en 1981 comme en 1982. La Californie a notifié 7 des 9 cas de 1982 et c'est le seul Etat qui ait signalé des cas en 1983 (3, tous avec une date estimative de conception située en 1982). Presque tous les cas de SRC continuent d'être notifiés dans l'année qui suit la naissance.

**NOTE DE LA RÉDACTION:** Le but des programmes de vaccination anti-rubéolique est de prévenir l'infection congénitale. La stratégie vaccinale adoptée par les Etats-Unis en 1969 était de lutter contre la rubéole chez l'enfant d'âge préscolaire et chez le jeune enfant scolarisé, réservoirs connus de la transmission, afin de supprimer le risque d'exposition des femmes enceintes réceptives. En conséquence, le premier groupe visé par la vaccination a été constitué d'enfants des deux sexes. En seconde position sont venus les adolescents et les jeunes adultes non immunisés, les femmes en particulier. Dès 1977, la vaccination de tous les enfants âgés de 12 mois et plus a eu pour résultat une baisse notable de l'incidence notifiée de la rubéole chez l'enfant et a interrompu le cycle épidémique caractéristique de la rubéole, d'une durée de 6 à 9 ans; cette stratégie a toutefois eu moins d'impact sur l'incidence chez les 15 ans et plus (c'est-à-dire à l'âge de la procréation pour les femmes). Environ 10 à 20% de cette dernière population ont continué à se montrer vulnérables, proportion semblable à celle des années précédant la vaccination. De plus, et c'est capital, la notification du SRC endémique s'est poursuivie à un niveau peu élevé mais constant. Face à ce problème, on a consenti un effort accru pour vacciner les élèves du secondaire (*junior et senior high-schools*) et appliquer la réglementation concernant la vaccination anti-rubéolique lors de l'entrée à l'école. On a en outre commencé à vacciner tous les jeunes gens réceptifs appelés sous les drapeaux.

Des flambées de rubéole dans les hôpitaux ont amené à se demander s'il fallait procéder au dépistage et/ou à la vaccination du personnel vulnérable. Un certain nombre d'Etats ont envisagé d'exiger une preuve de

<sup>1</sup> See No. 18, 1983, pp. 137-138.

\* A confirmed case has at least 1 defect listed in A or B and laboratory confirmation of rubella infection. A compatible case has any 2 complications listed in A or 1 from A and 1 from B.

A. Cataract/congenital glaucoma (either or both count as 1), congenital heart disease, loss of hearing, pigmentary retinopathy.

B. Purpura, splenomegaly, jaundice (with onset beginning within 24 hours of birth), microcephaly, mental retardation, meningoencephalitis, radioisotopic bone disease.

<sup>1</sup> Voir N° 18, 1983, pp. 137-138

\* Un cas confirmé présente au moins une des atteintes indiquées en A ou en B, et la rubéole est confirmée au laboratoire. Un cas suspect présente 2 complications quelconques énumérées en A ou une de la liste A plus une de la liste B.

A. Cataracte/glaucome congénital (l'une de ces anomalies ou les 2 simultanément comptent pour une), cardiopathie congénitale, surdité, rétinopathie pigmentaire.

B. Purpura, splénomégalie, ictère (débutant moins de 24 heures après la naissance), microcéphalie, retard mental, méningo-encéphalite, maladie osseuse avec hyperclarté.

college entrance. These factors, combined with the 1977 Childhood Immunization Initiative and the 1978 Measles Elimination Initiative (which encouraged use of combined measles and rubella vaccine), have led to decreases in reported rubella cases in all age groups.

However, until the susceptibility rate of postpubertal women is effectively lowered, CRS will continue to occur, each case at an estimated lifetime expenditure of US\$ 221 600. The only effective means to rapidly eliminate CRS is to intensify efforts to immunize susceptible, postpubertal individuals.

Immunizing this population, especially women of childbearing age, will require a multi-faceted approach. Some recommended activities include: (1) making the general public and health-care providers more aware of the dangers of rubella infection; (2) ensuring that patients are immunized as part of routine medical and gynaecological care; (3) ensuring immunization of all women visiting family planning clinics; (4) ensuring immunization of unimmunized women immediately after childbirth, a miscarriage, or an abortion; (5) immunizing susceptible women identified by premarital serology; (6) immunizing hospitalized women before discharge; (7) requiring proof of immunity (a positive serological test or documented rubella immunization for college entry); and (8) requiring proof of immunity for all hospital personnel who might be exposed to patients with rubella or who might have contact with pregnant patients. These strategies, along with continued immunization of all school-aged children, will hasten the elimination of rubella and CRS in the United States of America.

(Based on/D'après: *Morbidity and Mortality*, 1983, 32, No. 39; *US Centers for Disease Control*.)

#### HEALTH STATISTICS Reduction in Number of Deaths

UNITED KINGDOM. - The total number of deaths (provisional figures) registered in England and Wales for the June quarter of 1983 was 138 317 or 2 752 (2.0%) below the number registered in the equivalent quarter of 1982.

This reduction was almost entirely due to an 11.1% drop in the number of deaths assigned to diseases of the respiratory system, from 21 448 in the June quarter of 1982 to 19 077 in the June quarter of 1983. The number of respiratory deaths was similar to that for the June quarter of 1981 (18 890), but the continuing trend to certify deaths to "chronic airways obstruction" is very evident. There were 1 864 of these deaths in the June quarter of 1983 compared with 1 076 in the June quarter of 1981, this increase being mainly at the expense of "chronic and unspecified bronchitis" (-706 deaths).

The other main chapters of the International Classification of Diseases (ICD) showed minimal changes from the June quarter of 1982 with the exception of accidental and violent causes of death (-4.7%). The reduction of 223 deaths was mainly accounted for by a decline in transport accident deaths which fell by 166. This decrease was particularly apparent for deaths of male occupants of motor vehicles and follows the introduction of new legislation requiring car seat belts to be worn from early 1983.

(Based on/D'après: *OPCS Monitor*, DH2 83/6: Office of Population Censuses & Surveys.)

#### INFLUENZA SURVEILLANCE

CZECHOSLOVAKIA (7 February 1984). -<sup>1</sup> The incidence of acute respiratory diseases and influenza-like illness has increased all over the country, especially among children. So far, 48 strains of influenza A(H1N1) virus have been isolated during scattered, localized outbreaks among schoolchildren and young adults or from sporadic cases.

NORWAY (3 February 1984). -<sup>2</sup> The incidence of influenza-like illness has increased from 150 to 240 per 100 000 population in the south-eastern part of the country but remains low elsewhere. Ten more strains of influenza B virus have been isolated, mostly from children in the age group 5-14 years.

UNITED KINGDOM (14 February 1984). -<sup>3</sup> There have been very few signs of influenza activity so far. However, an outbreak of influenza A(H1N1) has occurred in a school and a few sporadic cases of influenza B have been confirmed in England.

<sup>1</sup> See No 4, 1984, p. 27

<sup>2</sup> See No 6, 1984, p. 42.

<sup>3</sup> See No 48, 1983, p. 374

l'immunité contre la rubéole à l'entrée dans les collèges universitaires. Ces mesures, combinées à la *Childhood Immunization Initiative* de 1977 et à la *Measles Elimination Initiative* de 1978 (préconisant l'emploi d'un vaccin associé antirougeoleux-antrubéolique), ont conduit à une baisse des cas de rubéole notifiés dans tous les groupes d'âges.

Quoi qu'il en soit, tant que le taux des sujets réceptifs chez les femmes ayant atteint l'âge de la puberté ne sera pas effectivement abaissé, le SRC se maintiendra en occasionnant des dépenses estimées sur la durée de la vie à 221 600 dollars E.-U. par cas. Le seul moyen efficace pour faire disparaître le SRC est d'intensifier la vaccination des sujets vulnérables en période post-pubertaire.

La vaccination de cette population, spécialement les femmes en âge de procréer, demande une approche multidirectionnelle. Les mesures recommandées portent sur les points suivants: 1) développer dans le grand public et chez les personnels de santé la prise de conscience des dangers liés à la rubéole; 2) faire en sorte que les patientes soient vaccinées dans le cadre des examens médicaux et gynécologiques de routine; 3) assurer la vaccination de toutes les femmes s'adressant à des centres de planification familiales; 4) assurer sans délai la vaccination des femmes non immunisées après un accouchement ou un avortement, spontané ou provoqué; 5) vacciner les femmes vulnérables repérées lors des épreuves sérologiques de la visite prénuptiale; 6) vacciner les femmes hospitalisées avant leur sortie; 7) exiger une preuve de l'immunité (épreuve sérologique positive ou certificat de vaccination contre la rubéole) à l'entrée dans les collèges universitaires; et 8) exiger une preuve de l'immunité de tout le personnel hospitalier susceptible d'être exposé à des rubéoleux ou d'être en contact avec des patientes enceintes. L'action sur ces divers points, associée à la poursuite de la vaccination de tous les enfants d'âge scolaire, permettra d'accélérer l'éradication de la rubéole et du SRC aux Etats-Unis d'Amérique.

#### STATISTIQUES SANITAIRES Diminution du nombre de décès

ROYAUME-UNI. - Le nombre total de décès enregistrés en Angleterre et au pays de Galles au cours du deuxième trimestre 1983 a été de 138 317 (chiffre provisoire), soit 2 752 (2,0%) de moins que le chiffre correspondant de 1982.

Cette diminution est presque entièrement due à une régression de 11,1% du nombre de décès attribués à des maladies de l'appareil respiratoire, qui est passé de 21 448 au deuxième trimestre 1982 à 19 077 au deuxième trimestre 1983. Le nombre de décès dus à des affections respiratoires a été semblable au chiffre du deuxième trimestre 1981 (18 890), mais une tendance continue à attribuer les décès à une «obstruction chronique des voies respiratoires» apparaît de façon manifeste. Les décès attribués à cette cause ont été au nombre de 1 864 au deuxième trimestre 1983 contre 1 076 au même trimestre 1981, l'augmentation s'expliquant principalement par une diminution des décès imputés à la «bronchite chronique et sans précision» (-706 décès).

En ce qui concerne les autres principales rubriques de la Classification internationale des Maladies (CIM), on n'observe que des changements minimes par rapport au deuxième trimestre 1982, à l'exception des décès dus à accidents ou actes de violence (-4,7%). La réduction, de 223 décès, est principalement attribuée à une régression des décès dus à des accidents de transports, qui ont diminué de 166. La diminution a été particulièrement nette en ce qui concerne les décès de personnes du sexe masculin voyageant en voiture et fait suite à l'application de la nouvelle législation concernant l'obligation de mettre la ceinture de sécurité à partir du début 1983.

#### SURVEILLANCE DE LA GRIPPE

TCHÉCOSLOVAQUIE (7 février 1984). -<sup>1</sup> L'incidence des affections des voies respiratoires et des syndromes grippaux est en augmentation dans tout le pays, notamment parmi les enfants. Jusqu'ici, on a isolé 48 souches de virus grippal A(H1N1) chez des écoliers, de jeunes adultes ou des cas sporadiques, dans des foyers dispersés.

NORVÈGE (3 février 1984). -<sup>2</sup> L'incidence des syndromes grippaux est passée de 150 à 240 pour 100 000 dans le sud-est du pays mais reste faible ailleurs. Dix autres souches de virus grippal B ont encore été isolées, la plupart du temps chez des enfants âgés de 5 à 14 ans.

ROYAUME-UNI (14 février 1984). -<sup>3</sup> Très peu de signes d'activité grippale ont été notés jusqu'ici. Toutefois, une flambée de grippe A(H1N1) a éclaté dans une école et quelques cas sporadiques de grippe B ont été confirmés en Angleterre.

<sup>1</sup> Voir N° 4, 1984, p. 27.

<sup>2</sup> Voir N° 6, 1984, p. 42.

<sup>3</sup> Voir N° 48, 1983, p. 374.

**CORRIGENDUM.**

**RECTIFICATIF**

WER 1983, 58, No. 41

**YELLOW FEVER IN 1982**

Page 314, *Table 1*, Brazil:

The number of deaths for 1982 should be 21 instead of 24.

REH 1983, 58, N° 41

**LA FIÈVRE JAUNE EN 1982**

Page 314, *Tableau 1*, Brésil.

Nombre de décès pour 1982: lire 21 au lieu de 24.

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 10 to 16 February 1984 - Notifications reçues du 10 au 16 février 1984**

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

PLAGUE - PESTE		CHOLERA † - CHOLÉRA †		Asia - Asie	
America - Amérique		Africa - Afrique		THAILAND - THAÏLANDE	
	C D		C D		C D
PERU - PÉROU	14.11 <sup>†</sup>	MOZAMBIQUE	15-21.1	.....	22-28.1
<i>Cajamarca Department</i>		.....	11 0	.....	20 1
<i>Chota Province</i>		.....	8-14.1	† 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.	
.....	16 0	.....	11 0		
<sup>†</sup> Date of telegram / Date du télégramme		.....	1-7.1		
		.....	37 0		

**Newly Infected Areas as on 16 February 1984 - Zones nouvellement infectées au 16 février 1984**

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

The complete list of infected areas was last published in WER No. 6, page 43. 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° 6, page 43. 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.

PLAGUE - PESTE	Asia - Asie
America - Amérique	THAILAND - THAÏLANDE
PERU - PÉROU	<i>Ayutthaya Province</i>
<i>Cajamarca Department</i>	<i>Phra Nakhon Si Ayutthaya District</i>
<i>Chota Province</i>	<i>Wang Noi District</i>
CHOLERA - CHOLÉRA	<i>Bangkok Metropolis</i>
Africa - Afrique	<i>Bangkok Noi District</i>
MOZAMBIQUE	<i>Bangkok Yai District</i>
<i>Cabo Delgado Province</i>	<i>Dusit District</i>
<i>Pemba District</i>	<i>Kanchanaburi Province</i>
	<i>Bo Phloi District</i>
	<i>Nonthaburi Province</i>
	<i>Sai Noi District</i>

**Areas Removed from the Infected Area List between 10 and 16 February 1984**  
**Zones supprimées de la liste des zones infectées entre les 10 et 16 février 1984**

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
Africa - Afrique
ALGERIA - ALGÉRIE
Alger Wilaya
Bouira Wilaya
Ech Chelif Wilaya
Skikda Wilaya

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

Annual subscription - Abonnement annuel ..... Fr. s. 120.-