



WORLD HEALTH ORGANIZATION  
GENEVA

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ  
GENÈVE

# WEEKLY EPIDEMIOLOGICAL RECORD RELEVÉ ÉPIDÉMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE

Telegraphic Address: EPIDNATIONS GENEVA Telex 27821

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

1 FEBRUARY 1985

60<sup>th</sup> YEAR - 60<sup>e</sup> ANNÉE

1<sup>er</sup> FÉVRIER 1985

## INFLUENZA IN THE WORLD October 1983-September 1984

During the 1983-1984 season, the 3 viruses seen during the 5 preceding seasons, influenza A of H3N2 and H1N1 subtypes as well as influenza B, were again circulating. However, a more distinct pattern of spread appeared than in earlier years. Influenza A of the H1N1 subtype and influenza B were the most commonly isolated viruses in countries affected during the first half of the season. In many of these countries most of the influenza activity was associated with only 1 of these 2 viruses but in some, particularly in the United States of America, both virus types circulated simultaneously or in consecutive waves. As usual, these viruses had most impact on children and young adults; the elderly were spared this season. African countries experienced a different pattern with most isolates being characterized as influenza A(H3N2) during the first part of the season.

In the second half of the season, influenza A(H3N2) became the more common virus in Asia and Oceania, whereas influenza B predominated in South America and was the main cause of illness in South Africa.

### Influenza virus isolates

Over 1 500 strains of influenza virus were characterized in the WHO Collaborating Centres for Reference and Research on Influenza during the 1983-1984 season. Of these, influenza B virus accounted for 47% and influenza A virus of the H1N1 subtype for 39%; only 14% were influenza A of the H3N2 subtype.

Most (80%) of the influenza B viruses further characterized were similar to the new variant, B/USSR/100/83 which caused fairly widespread illness in the USSR. Virus isolates similar to this variant were detected in all 5 continents during the season. Less than 10% were characterized as B/Singapore/222/79-like. Most of the remaining strains differed from these 2 variants by being poorly reactive in the haemagglutination inhibition test used for strain characterization.

Among the strains of influenza A(H1N1) virus studied, A/Chile/1/83(H1N1)-like isolates accounted for 46%, A/Victoria/7/83 for 29% and A/Dunedin/27/83 for 10%. Strains similar to the older variants, i.e. A/Brazil/11/78, A/England/333/80, A/India/6263/80 were also isolated, as were a few strains which could not readily be characterized with antisera prepared against the above reference strains. The A/Victoria/7/83-like strains were particularly common in the Americas; over half of all H1N1 isolates were similar to this variant. In Europe, A/Chile/1/83-like strains predominated.

Over 75% of the H3N2 strains characterized in the collaborating centres were similar to A/Philippines/2/82(H3N2), 18% were more closely related to the older variants, i.e. A/Bangkok/1/79, A/Texas/1/77, A/Belgium/2/81. Only a few strains investigated showed a reaction pattern different from that of the well-known reference strains.

## LA GRIPPE DANS LE MONDE Octobre 1983-septembre 1984

Pendant la saison 1983-1984, les 3 virus observés au cours des 5 saisons précédentes, c'est-à-dire les sous-types H3N2 et H1N1 du virus A et le virus B, ont circulé à nouveau. Toutefois, un schéma de propagation plus net que les années précédentes est apparu. Le virus A du sous-type H1N1 et le virus B étaient les virus le plus souvent isolés dans les pays touchés pendant la première moitié de la saison. Dans beaucoup de ces pays, l'activité grippale était associée essentiellement à 1 seul de ces 2 virus, mais dans certains, notamment aux Etats-Unis d'Amérique, les 2 types de virus ont circulé simultanément ou par vagues successives. Comme d'habitude, ils frappaient surtout les enfants et les jeunes adultes; les personnes âgées ont été épargnées cette saison. Les pays africains ont enregistré une situation différente, la plupart des isolements ayant été classés comme étant des virus A(H3N2) pendant la première partie de la saison.

Dans la deuxième moitié, le virus A(H3N2) est devenu le plus répandu en Asie et en Océanie, tandis que le virus B prédominait en Amérique du Sud et était la principale cause de maladie en Afrique du Sud.

### Isolements de virus grippaux

Plus de 1 500 souches de virus grippal ont été caractérisées dans les Centres collaborateurs OMS de référence et de recherche pour la grippe au cours de la saison 1983-1984, dont 47% de virus B et 39% de virus A(H1N1); 14% seulement des souches étaient des virus A du sous-type H3N2.

La plupart des virus B (80%) caractérisés étaient analogues au nouveau variant B/USSR/100/83 qui a provoqué une maladie assez répandue en URSS. Des isolements analogues à ce variant ont été décelés dans les 5 continents au cours de la saison. Moins de 10% ont été classés comme étant analogues à B/Singapore/222/79. La plupart des autres souches différaient de ces 2 variants en ce qu'elles réagissaient mal au test d'inhibition de l'hémagglutination utilisé pour la caractérisation des souches.

Parmi les souches de virus A(H1N1) étudiées, les isolements analogues au virus A/Chile/1/83(H1N1) représentaient 46%, les A/Victoria/7/83, 29% et les A/Dunedin/27/83, 10%. Des souches analogues aux variants plus anciens, c'est-à-dire A/Brazil/11/78, A/England/333/80, A/India/6263/80 ont aussi été isolées, ainsi que quelques souches qui n'étaient pas faciles à caractériser à l'aide d'antisérums préparés contre les souches de référence susmentionnées. Les souches analogues à A/Victoria/7/83 étaient particulièrement fréquentes dans les Amériques; plus de la moitié des isolements H1N1 étaient analogues à ce variant. En Europe, les souches analogues au A/Chile/1/83 prédominaient.

Plus de 75% des souches H3N2 caractérisées dans les centres collaborateurs étaient analogues au virus A/Philippines/2/82(H3N2), tandis que 18% étaient plus voisins des variants plus anciens tels que A/Bangkok/1/79, A/Texas/1/77, A/Belgium/2/81. Seules quelques souches étudiées ont accusé un schéma de réaction différent de celui des souches de référence bien connues.

Epidemiological notes contained in this issue  
Dracunculiasis, influenza, sexually transmitted diseases.

List of newly infected areas, p. 36.

Informations épidémiologiques contenues dans ce numéro.  
Dracunculose, grippe, maladies à transmission sexuelle.

Liste des zones nouvellement infectées, p. 36.

### Influenza in Europe

The 1983-1984 season began late in Europe; until January 1984 most influenza activity reported was limited to sporadic cases scattered in a few countries. In January there was a marked increase in the incidence of acute respiratory and influenza-like diseases, especially among the young. The incidence continued to increase in February until March when there was a marked decline. However, in some countries the first signs of influenza spread were not seen until March. Laboratory investigations showed the predominance of influenza B and influenza A(H1N1), sometimes together, sometimes one type following the other. Influenza A(H3N2) contributed very little to the overall influenza activity in Europe this past season.

Widespread illness associated with influenza B was reported in Norway, the USSR and Yugoslavia. The epidemic in Norway began in the south-western part of the country early in February. It spread slowly and the central and northern parts of the country continued to experience increasing influenza activity in March when the epidemic began to decline in the south. There were marked regional differences with some counties reporting severe impact of the influenza spread. Almost all cases confirmed in the laboratory were influenza B and they were found in all age groups.

Most parts of the USSR experienced a wave of influenza which began in January and lasted until mid-March. Children below 7 years of age accounted for 21-44% of all cases detected in the regular influenza surveillance carried out in different cities. Absenteeism from schools and other centres where young people gathered could be as high as 25%. Most of the laboratory confirmed cases were influenza B but some influenza A viruses of H1N1 and a few of H3N2 subtypes were also isolated.

Influenza B was also the main cause of influenza in Denmark, the Federal Republic of Germany (Lower Saxony), Greece and Romania. Localized outbreaks and sporadic cases were reported in France, Hungary, Italy and Switzerland. In Czechoslovakia a first wave of influenza A(H1N1) in January and February was followed by a second wave associated with influenza B lasting for 2 weeks at the end of March and the beginning of April.

Influenza A(H1N1) virus was isolated during widespread outbreaks in Czechoslovakia, the German Democratic Republic, and Hungary, as well as in localized outbreaks in Albania, Bulgaria, Finland, Greece, Poland, and Spain. Sporadic cases were detected in some other European countries (Federal Republic of Germany, Italy, Norway, Switzerland).

Czechoslovakia was one of the first countries to report influenza in the 1983-1984 season with an outbreak of influenza A(H1N1) in a primary school in the eastern part of the country in December 1983. However, it took over a month for influenza to become widespread in the country and the most marked increase in disease incidence occurred in the first half of February. School children were the most affected group of the population and there was very little illness among adults during this or the subsequent influenza B outbreak.

The German Democratic Republic also experienced a marked increase in the incidence of acute respiratory and influenza-like diseases in February. Outbreaks of influenza spread mainly among pre-school and school children. The influenza activity reached a peak in the second half of March. Epidemic levels were reached among children aged 7-16 years; the illness was mild to moderately severe. Apart from a few isolates of influenza A(H3N2) and influenza C viruses, all laboratory confirmed cases were influenza A(H1N1).

Some countries, including the Netherlands, Sweden and the United Kingdom, did not have much influenza activity to report until March when influenza A(H1N1) and influenza B viruses both contributed to a slight increase in the incidence of influenza-like illness.

Influenza A(H3N2) virus, although rare, was isolated in a few local outbreaks in Bulgaria, Poland, Spain and the United Kingdom, as well as from sporadic cases in the Federal Republic of Germany, France, the German Democratic Republic, Italy and the USSR.

### The Americas

#### North America

Influenza was fairly widespread in the United States, whereas Canada had very little influenza activity to report. The first influenza outbreak in the United States occurred in Alaska in November and December, and was associated with isolation of influenza A(H3N2) virus from young adults. This was one of the few outbreaks linked with that virus type during the season. In

### La grippe en Europe

La saison 1983-1984 a commencé tard en Europe; jusqu'à janvier 1984, l'essentiel de l'activité grippale signalée était limité à des cas sporadiques disséminés dans quelques pays. En janvier, il y a eu un accroissement marqué de l'incidence des maladies respiratoires aiguës et des maladies d'allure grippale, surtout parmi les jeunes. L'incidence a continué à augmenter en février jusqu'en mars, après quoi il y a eu une régression marquée. Toutefois, dans certains pays, les premiers signes de propagation de la grippe ne sont pas apparus avant mars. Des études de laboratoire ont révélé la prédominance du virus B et du virus A(H1N1), parfois ensemble, parfois successivement. Le virus A(H3N2) a contribué très peu à l'activité grippale d'ensemble en Europe au cours de la saison passée.

Des maladies très répandues associées au virus B ont été signalées en Norvège, en URSS et en Yougoslavie. En Norvège, l'épidémie a commencé dans le sud-ouest du pays au début de février. Elle s'est étendue lentement et les parties centrale et septentrionale du pays ont continué à enregistrer une activité grippale croissante en mars, alors que dans le sud l'épidémie amorçait un repli. Il y a eu des différences régionales marquées, certains districts signalant que la propagation de la grippe avait de graves répercussions. Presque tous les cas confirmés en laboratoire étaient dus au virus B et ils se rencontraient dans tous les groupes d'âge.

La plupart des régions de l'URSS ont connu une vague de grippe qui a débuté en janvier et a duré jusqu'à la mi-mars. Les enfants de moins de 7 ans représentaient 21 à 44% des cas dépistés dans le cadre de la surveillance systématique de la grippe dans différentes villes. L'absentéisme scolaire et dans les autres centres où les jeunes se réunissent atteignait parfois 25%. La plupart des cas confirmés en laboratoire étaient dus au virus B, mais quelques virus A des sous-types H1N1 et H3N2 ont aussi été isolés.

Le virus B était également la principale cause de grippe au Danemark, en Grèce, en République fédérale d'Allemagne (Basse Saxe) et en Roumanie. Des poussées localisées et des cas sporadiques ont été signalés en France, en Hongrie, en Italie et en Suisse. En Tchécoslovaquie, une première vague de virus A(H1N1) en janvier et février a été suivie d'une deuxième vague associée au virus B, d'une durée de 2 semaines à la fin de mars et au début d'avril.

Le virus A(H1N1) a été isolé au cours de flambées étendues en Hongrie, en République démocratique allemande et en Tchécoslovaquie, ainsi que lors de poussées localisées en Albanie, en Bulgarie, en Espagne, en Finlande, en Grèce et en Pologne. Des cas sporadiques ont été décelés dans d'autres pays européens (Italie, Norvège, République fédérale d'Allemagne, Suisse).

La Tchécoslovaquie a été l'un des premiers pays à signaler la grippe lors de la saison 1983-1984, avec une flambée de grippe à virus A(H1N1) dans une école primaire de l'est du pays en décembre 1983. Toutefois, il a fallu 1 mois pour que la grippe se propage dans le pays et l'augmentation la plus marquée de l'incidence de la maladie est intervenue dans la première quinzaine de février. Les écoliers étaient le groupe le plus touché et il y a eu très peu de malades parmi les adultes au cours de cette poussée ou de la poussée ultérieure de grippe due au virus B.

La République démocratique allemande a elle aussi enregistré un accroissement marqué de l'incidence des maladies respiratoires aiguës et des maladies d'allure grippale en février. Les flambées se sont propagées surtout parmi les enfants d'âge préscolaire et scolaire. L'activité grippale a atteint un pic dans la deuxième quinzaine de mars avec des niveaux épidémiques chez les enfants âgés de 7 à 16 ans; la maladie était bénigne ou modérément grave. Outre quelques isolements de virus A(H3N2) et de virus C, tous les cas confirmés en laboratoire étaient dus au virus grippal A(H1N1).

Certains pays, notamment les Pays-Bas, le Royaume-Uni et la Suède n'ont pas eu beaucoup d'activité grippale à signaler jusqu'en mars, lorsque les virus A(H1N1) et B ont tous les deux contribué à un léger accroissement de l'incidence des maladies d'allure grippale.

Le virus A(H3N2), bien que rare, a été isolé lors de quelques flambées locales en Bulgarie, en Espagne, en Pologne et au Royaume-Uni, ainsi que chez des cas sporadiques en France, en Italie, en République démocratique allemande, en République fédérale d'Allemagne et en URSS.

### Les Amériques

#### Amerique du Nord

La grippe était assez répandue aux Etats-Unis, alors qu'au Canada il n'y avait guère d'activité grippale à signaler. La première poussée de grippe aux Etats-Unis s'est produite en Alaska en novembre et décembre; elle était associée à l'isolement du virus A(H3N2) prélevé sur des jeunes adultes. Il s'agissait de l'une des rares flambées liées à ce type de virus au cours de la saison. En janvier, on a commencé à signaler des cas sporadiques

January, sporadic cases and outbreaks of influenza A(H1N1) began to be reported, especially in the South Atlantic and South Central regions. The number of laboratory confirmed cases of influenza A(H1N1) continued to increase towards a sharp, narrow peak at the end of February. At the same time, influenza B became increasingly common. The first isolates had already been obtained in November and December from sporadic cases in California, Texas and West Virginia. During January influenza B increased in association with outbreaks in schools and the incidence persisted at a fairly constant but moderate level from February through March. Some cases were also detected in May. In January, influenza A(H1N1) and influenza B had circulated in different areas, but by the end of the season many regions had experienced both types of influenza activity. In all, 47 states reported isolates of influenza A(H1N1), 40 states influenza B and 15 states influenza A(H3N2) viruses. Of the 2 130 isolates obtained by the laboratories collaborating in the national influenza surveillance, 50.6% were influenza A(H1N1), 44.7% influenza B and 4.7% influenza A(H3N2) virus. The number of deaths from influenza and pneumonia recorded in 121 cities during this season were in general not above the level expected in a non-epidemic period and this finding is consistent with the low number of outbreaks of influenza reported among the elderly.

Canada reported overall low influenza activity in the 1983-1984 season. The number of laboratory confirmed cases was low until February and increased in March. Some outbreaks were reported in schools and institutions. Among the cases investigated in the laboratory, influenza A(H1N1) predominated, with most cases in persons under 35 years of age.

#### Central and South America

Apart from outbreaks in Chile, very little influenza activity was reported from countries in Central and South America in the 1983-1984 season. Influenza associated with isolates of influenza B virus occurred among the general population of Santiago, Chile in June and July. Local outbreaks of influenza-like illness were also reported from a region in the southern part of the country in August and September. Serological investigations implicated influenza B as the main cause of this outbreak. Influenza B was isolated in Belém and São Paulo, Brazil in April, May, June and August. Some of the isolates were associated with local outbreaks in São Paulo in May-June. Influenza B was also isolated during an outbreak in an elementary school in the Province of Córdoba, Argentina in June. The outbreak affected 150 out of 500 students, with fever and vomiting followed by respiratory tract illness for about 5-6 days. Most cases were in the age group 5-9 years. Serological investigations of a local outbreak in Cayenne, French Guiana in June implicated influenza B, and isolation of the virus during outbreaks in Trinidad and Tobago in September confirmed the continued spread of the virus on the continent.

Influenza A viruses of H3N2 and H1N1 subtypes were less widespread than influenza B in Central and South America this season, and isolates were only obtained from sporadic cases. Influenza A(H3N2) was reported in Panama in October, and in Honduras in November and again during May-July. One case was confirmed in an infant in Cayenne, French Guiana at the end of January. A few isolates were also reported during the season in Brazil in July, and in Chile in July and August.

Apart from 1 isolate of influenza A(H1N1) in Panama in December, Brazil was the only country in this region having confirmed influenza A(H1N1) circulation. The virus was isolated from sporadic cases in Belém and Rio de Janeiro in April, and in São Paulo in July and August 1984.

#### Africa

During October and November 1983, influenza A(H1N1) was reported in Johannesburg, South Africa, terminating a season which had been dominated by influenza A(H3N2).

The first signs of influenza spread on the continent in the new season were isolates of influenza A(H3N2) virus obtained in December during the systematic investigation of cases in Bangui, Central African Republic. The virus caused a moderate epidemic in Morocco affecting 10-25% of the population in all age groups during January and February. Influenza A(H3N2) virus was also isolated in Senegal in January, in Algeria in February and March, in Tunisia in March and in Egypt in April. The season in South Africa began in May, also with the spread of influenza A(H3N2) in the Johannesburg area. In June however, influenza B became the most commonly isolated virus there. The illness seen during the spread of influenza B this year was more severe and prolonged than during earlier seasons.

Influenza A(H1N1) cases appeared at the end of June in Johannesburg and continued to be detected there in July and August.

diques et des flambées de grippe à virus A(H1N1), surtout dans les régions sud-atlantique et centre-sud. Le nombre des cas de grippe à virus A(H1N1) confirmés en laboratoire a continué à augmenter pour atteindre un pic très aigu à la fin de février. Dans le même temps, le virus B devenait de plus en plus fréquent. Les premiers isolements avaient été obtenus déjà en novembre et décembre chez des cas sporadiques en Californie, au Texas et en Virginie-Occidentale. En janvier, la grippe à virus B a augmenté en liaison avec des flambées dans les écoles, et l'incidence a persisté à un niveau à peu près constant mais modéré de février à la fin de mars. Certains cas ont été décelés aussi en mai. En janvier, le virus A(H1N1) et le virus B avaient circulé dans des zones différentes, mais à la fin de la saison beaucoup de régions avaient enregistré les 2 types d'activité grippale. Au total, 47 Etats ont signalé des isolements de virus A(H1N1), 40 des isolements de virus B et 15 des isolements de virus A(H3N2). Sur les 2 130 isolements obtenus par les laboratoires collaborant à la surveillance nationale de la grippe, 50,6% étaient des virus A(H1N1), 44,7% des virus B et 4,7% des virus A(H3N2). Le nombre des décès par grippe ou pneumonie enregistrés dans 121 villes au cours de la saison n'était généralement pas supérieur au niveau prévisible pendant une période non épidémique, et ce résultat concorde bien avec le faible nombre de flambées de grippe signalées parmi les personnes âgées.

Le Canada a signalé une faible activité grippale d'ensemble pendant la saison 1983-1984. Le nombre des cas confirmés en laboratoire a été faible jusqu'en février puis a augmenté en mars. Des flambées ont été signalées dans des écoles et des collectivités. Parmi les cas étudiés en laboratoire, la grippe à virus A(H1N1) prédominait, la plupart des sujets atteints ayant moins de 35 ans.

#### Amérique centrale et Amérique du Sud

Outre des flambées au Chili, très peu d'activité grippale a été signalée par les pays d'Amérique centrale et d'Amérique du Sud pendant la saison 1983-1984. Une grippe liée à des isolements de virus B a été enregistrée dans la population générale de Santiago au Chili en juin et juillet. Des flambées locales de maladie d'allure grippale ont été signalées dans une région du sud du pays en août et septembre. Des examens sérologiques ont imputé au virus B la cause principale de cette flambée. Le virus B a été isolé à Belém et à São Paulo (Brésil), en avril, mai, juin et août. Certains des isolements étaient associés à des flambées locales à São Paulo en mai-juin. Le virus B a aussi été isolé au cours d'une flambée dans une école élémentaire de la province de Córdoba (Argentine), en juin. La flambée a touché 150 écoliers sur 500, avec fièvre et vomissements suivis de troubles de l'appareil respiratoire pendant 5 à 6 jours. La plupart des sujets appartenaient au groupe d'âge de 5 à 9 ans. L'examen sérologique d'une flambée locale à Cayenne (Guyane Française) en juin a mis en cause le virus B, et l'isolement du virus au cours de flambées à Trinité-et-Tobago en septembre a confirmé la poursuite de la propagation du virus sur le continent.

Les sous-types H3N2 et H1N1 du virus A étaient moins répandus que le virus B en Amérique centrale et en Amérique du Sud pendant cette saison, et l'on n'a obtenu des isolements que chez des cas sporadiques. Le virus A(H3N2) a été signalé au Panama en octobre, puis au Honduras en novembre et de nouveau en mai-juillet. Un cas a été confirmé chez un nourrisson à Cayenne (Guyane Française) à la fin de janvier. Quelques isolements ont aussi été signalés pendant la saison au Brésil en juillet et au Chili en juillet et août.

Exception faite d'un isolement de virus A(H1N1) au Panama en décembre, le Brésil est le seul pays de la région ayant enregistré une circulation confirmée du virus A(H1N1). Le virus a été isolé chez des cas sporadiques à Belém et à Rio de Janeiro en avril, ainsi qu'à São Paulo en juillet et août 1984.

#### Afrique

En octobre et novembre 1983, le virus A(H1N1) a été signalé à Johannesburg, (Afrique du Sud), mettant un terme à une saison qui avait été dominée par le virus A(H3N2).

Les premiers signes de la propagation de la grippe sur le continent pendant la nouvelle saison étaient des isolements de virus A(H3N2) obtenus en décembre au cours de l'examen systématique à Bangui (République Centrafricaine). Le virus a causé une épidémie modérée au Maroc, affectant 10% à 25% de la population de tous âges en janvier et février. Le virus A(H3N2) a été isolé aussi au Sénégal en janvier, en Algérie en février et mars, en Tunisie en mars et en Egypte en avril. En Afrique du Sud, la saison a commencé en mai avec propagation du virus A(H3N2) dans la région de Johannesburg. Toutefois, en juin le virus B est devenu le virus le plus fréquemment isolé dans cette région. La maladie constatée pendant la propagation du virus B cette année était plus aiguë et plus prolongée que lors des saisons précédentes.

Des cas de virus A(H1N1) sont apparus à la fin de juin à Johannesburg et l'on a continué à en déceler en juillet et en août. Le virus A(H1N1) a

Influenza A(H1N1) virus was also isolated in Antananarivo, Madagascar in May and July from cases detected during the regular surveillance of nearly 33 000 persons. No outbreaks were reported, but there was a marked increase in the number of cases in this population in June.

#### Asia

Most of the influenza activity reported in the first half of the 1983-1984 season in Asia was associated with influenza B and, to a lesser extent, influenza A(H1N1). In the second half of the season, influenza A(H3N2) predominated.

Influenza B virus was isolated in Hong Kong, Malaysia and Singapore in November, and influenza A(H1N1) virus caused some outbreaks in Japan in October, November and December. China reported sporadic cases and localized outbreaks associated with both virus types in the northern part of the country, whereas in the south only influenza A(H3N2) was detected. Influenza A(H3N2) was also isolated during localized outbreaks in northern Pakistan in January.

Influenza B continued to be the most frequently reported isolate in Hong Kong and Singapore, and outbreaks associated with this virus were reported there in February and March. In May and June influenza A(H3N2) appeared and isolates of this virus type became increasingly frequent, apparently replacing influenza B both in Hong Kong and Singapore. Malaysia reported outbreaks associated with isolates of influenza A(H3N2) and Thailand had the first isolates of influenza viruses, also of this subtype, in August 1984.

#### Oceania

During the first half of the 1983-1984 influenza season, Fiji and Tonga reported widespread outbreaks of influenza-like illness. From the end of December until March outbreaks swept the Fiji islands, and cases were still reported in the outlying islands in April. Suva had the highest number of cases; of the laboratory investigated cases those in the 15-24 years age group predominated. Influenza B was isolated from 2 cases which occurred in Suva in March.

Tonga experienced a major outbreak which began in January in a boarding school in the eastern part of the main island. Sporadic cases were reported from the rest of the island and the northern groups, reaching a peak in March. When the outbreak was finally over in April nearly 11 000 cases had occurred (over 10% of the population). Most isolates were influenza A of the H1N1 subtype but H3N2 infection was also confirmed.

Papua New Guinea had widespread outbreaks associated with influenza B virus isolates during June, July and August. Most laboratory confirmed cases were in children.

Sporadic cases of influenza A of H1N1 and H3N2 subtypes, and influenza B were confirmed in Australia practically throughout the 1983-1984 season. The actual influenza season did not, however, begin until late July 1984 when the number of cases began to increase in Victoria. Most were influenza A(H3N2) but some H1N1 infections were detected as well. Influenza seems to have been less widespread outside Victoria and mostly associated with influenza B. New Zealand hardly had any signs of influenza activity until October 1984 when outbreaks associated with influenza A(H3N2) occurred in 4 areas of North Island.

### DRACUNCULIASIS

PAKISTAN. — During the course of a consultation on behalf of the United States Agency for International Development (USAID) to review the Malana Control Programme in this country in May 1983, 2 consultants investigated the status of dracunculiasis in Punjab Province. The Punjab is the largest province in Pakistan, with a population of about 47 million people.

Previous reports and informal inquiries had led to the belief that dracunculiasis was limited to a small area comprising the 2 adjoining districts of Dera Ghazi Khan (Punjab) and Dera Ismail Khan (North-West Frontier Province).<sup>1</sup>

According to data compiled by provincial authorities, it would appear that dracunculiasis exists throughout all of the Punjab, with a total of 14 155 cases having been reported for the entire province for 1980. However, these reported cases represent only patients who came for treatment to hospitals, which are estimated to serve up to 50% of the population. Thus, the distribution of the reports in 1980 does not accurately reflect the distribution of the disease,

<sup>1</sup> See No. 9, 1982, pp. 65-67.

aussi été isolé à Antananarivo (Madagascar) en mai et en juillet chez des cas décelés au cours de la surveillance systématique de près de 33 000 personnes. Aucune flambée n'a été signalée, mais il y a eu accroissement marqué du nombre de cas dans cette population en juin.

#### Asie

L'activité grippale signalée dans la première moitié de la saison 1983-1984 en Asie était liée pour l'essentiel au virus B et, dans une moindre mesure, au virus A (H1N1). Dans la deuxième moitié de la saison, le virus A(H3N2) prédominait.

Le virus B a été isolé à Hong Kong, en Malaisie et à Singapour en novembre, et le virus A(H1N1) a causé des flambées au Japon en octobre, novembre et décembre. La Chine a signalé des cas sporadiques et des flambées localisées liés aux 2 types de virus dans le nord du pays, alors que dans le sud seul le virus A(H3N2) a été isolé. Le virus A(H3N2) a aussi été isolé lors de flambées localisées dans le nord du Pakistan en janvier.

Le virus B est resté l'isolement notifié le plus fréquemment à Hong Kong et à Singapour, et des flambées associées à ce virus y ont été signalées en février et en mars. En mai et juin, le virus A(H3N2) est apparu et les isolements de ce type de virus sont devenus de plus en plus fréquents, remplaçant apparemment le virus B à Hong Kong et à Singapour. La Malaisie a signalé des flambées associées à des isolements de virus A (H3N2) et la Thaïlande a enregistré les premiers isolements de virus grippal, également de ce sous-type, en août 1984.

#### Océanie

Dans la première moitié de la saison 1983-1984, Fidji et Tonga ont signalé des flambées étendues de maladie d'allure grippale. De la fin de décembre jusqu'à mars des flambées ont balayé les îles Fidji et des cas étaient encore signalés dans les îles extérieures en avril. Suva a eu le plus grand nombre de cas; parmi les cas analysés en laboratoire, le groupe d'âge de 15 à 24 ans prédominait. Le virus B a été isolé chez 2 cas enregistrés à Suva en mars.

Tonga a connu une grosse flambée qui a commencé en janvier dans un pensionnat dans l'est de l'île principale. Des cas sporadiques ont été signalés dans le reste de l'île et dans l'archipel septentrional, atteignant un pic en mars. Lorsque la flambée s'est éteinte en avril, près de 11 000 cas avaient été recensés (plus de 10% de la population). La plupart des isolements étaient des virus A du sous-type H1N1, mais une infection due au virus H3N2 a aussi été confirmée.

La Papouasie-Nouvelle-Guinée a connu des flambées étendues associées à des isolements du virus B en juin, juillet et août. La plupart des cas confirmés en laboratoire concernaient des enfants.

Des cas sporadiques de grippe due aux sous-types H1N1 et H3N2 du virus A, et au virus B ont été confirmés en Australie pratiquement tout au long de la saison 1983-1984. Toutefois, la véritable saison grippale n'a commencé qu'à la fin de juillet 1984, lorsque le nombre de cas a commencé à s'accroître dans l'Etat de Victoria. La plupart étaient dus au virus A (H3N2), mais on a détecté aussi des infections dues au sous-type H1N1. La grippe paraît avoir été moins répandue en dehors de l'Etat de Victoria, étant surtout associée au virus B. La Nouvelle-Zélande n'a guère enregistré de signes d'activité grippale jusqu'en octobre 1984, époque où des flambées associées au virus A(H3N2) se sont produites dans 4 zones de l'île du Nord.

### DRACUNCULOSE

PAKISTAN. — Au cours d'une conférence organisée dans ce pays en mai 1983 pour le compte de l'Agency for International Development des Etats-Unis pour analyser le programme de lutte contre le paludisme, 2 consultants ont examiné la situation de la dracunculose dans la province du Pendjab. Le Pendjab est la province la plus étendue du Pakistan, avec une population d'environ 47 millions d'habitants.

Des rapports précédents et des informations officielles pouvaient faire croire que la dracunculose était limitée à une petite région comprenant 2 districts contigus au Dera Ghazi Khan (Pendjab) et au Dera Ismail Khan (province de la Frontière du Nord-Ouest).<sup>1</sup>

D'après les données recueillies par les autorités provinciales, il semblerait que la dracunculose sévisse dans tout le Pendjab, un total de 14 155 cas ayant été signalés dans l'ensemble de la province en 1980. Cependant, ces cas ne correspondent qu'aux patients venus se faire traiter dans les hôpitaux, dont on peut estimer qu'ils desservent jusqu'à 50% des habitants. Ainsi, les données de 1980 ne donnent pas une image exacte de la distribution de la maladie, puisque les malades des régions endémiques

<sup>1</sup> Voir N° 9, 1982, pp. 65-67

since patients from endemic areas tend to go to hospitals in larger cities such as Lahore, Rawalpindi, Multan, Bahawalpur and Karachi for treatment. Even though a safe water supply is available in most of Gujrat, Lahore and Rawalpindi districts, and few if any persons native to those areas have been reported to have dracunculiasis in recent years, these 3 districts had the highest reported rates of dracunculiasis in 1980. In fact, the disease occurs primarily in those areas such as Attock, Mianwali, Sargodha, D.G. Khan, Muzaffargarh, and parts of Bahawalpur Division of Punjab Province, as well as in those parts of southern Sind Province, and North-West Frontier Province (D.I. Khan), where rain water is collected in ponds and used for drinking.

vont plutôt se faire soigner dans les hôpitaux des grandes villes comme Lahore, Rawalpindi, Multan, Bahawalpur et Karachi. Bien que l'approvisionnement en eau potable soit assuré dans la plus grande partie des districts de Gujrat, Lahore et Rawalpindi et que quelques cas seulement de dracunculose y aient été rapportés au cours des dernières années chez leurs habitants, ces 3 districts ont été signalés comme ayant le taux le plus élevé de dracunculose en 1980. En fait, la maladie sévit avant tout dans des régions comme l'Attock, le Mianwali, le Sargodha, le D.G. Khan, le Muzaffargarh et des parties de la circonscription de Bahawalpur dans la province du Pendjab, de même que dans des régions de la partie méridionale de la province du Sind, et de la province de la Frontière du Nord-Ouest (D.I. Khan), où l'eau de pluie, destinée à la consommation, est recueillie dans des réservoirs.

Table 1. Reported cases of dracunculiasis and rates per 100 000 population, Punjab Province, Pakistan, 1980  
Tableau 1. Cas signalés de dracunculose et taux pour 100 000 habitants, province du Pendjab, Pakistan 1980

| District     | No of cases (1980)<br>Nombre de cas (1980) | Population (1981)<br>(in thousands)<br>Habitants (1981)<br>(en milliers) | Cases per 100 000<br>Cas pour 100 000 |
|--------------|--|--|---------------------------------------|
| Attock       | 304  | 1 140  | 27                                    |
| Rawalpindi   | 1 547                                      | 2 123  | 73                                    |
| Thelur       | 170  | 1 162  | 15                                    |
| Gujrat       | 3 579                                      | 2 247  | 159                                   |
| Gujranwala   | 49   | 2 659  | 2                                     |
| Sialkot      | 556  | 2 706  | 21                                    |
| Sheikhupura  | 559  | 2 101  | 27                                    |
| Lahore       | 4 295                                      | 3 572  | 120                                   |
| Kasur        | 468  | 1 530  | 31                                    |
| Mianwali     | —  | 1 376  | —                                     |
| Sargodha     | 90   | 2 557  | 4                                     |
| Faisalabad   | 209  | 4 656  | 4                                     |
| Jhang        | 117  | 1 962  | 6                                     |
| D.G. Khan    | 148  | 1 581  | 9                                     |
| Muzaffargarh | 236  | 2 151  | 11                                    |
| Multan       | 65   | 4 068  | 2                                     |
| Vehari       | 121  | 1 320  | 9                                     |
| Sahwal       | 135  | 3 613  | 4                                     |
| Bahawalnagar | 95   | 1 447  | 7                                     |
| Bahawalpur   | 574  | 1 371  | 42                                    |
| R.Y. Khan    | 464  | 1 834  | 25                                    |
| Total        | 13 781                                     | 47 176   | 29                                    |

The data from the Punjab (Table 1) include reported cases from 3 districts (Lahore, Rawalpindi and Sialkot) which can be compared to previously published data. These 3 districts reported a two- to fourfold absolute increase in numbers of notified cases between 1958 or 1959, and 1980. Comparable data from other provinces were not obtained by the consultants.

EDITORIAL COMMENT: This report is significant for at least 2 reasons. First, it enhances considerably the known extent of dracunculiasis in Asia. It should be noted that parts of Pakistan's Punjab and Sind Provinces adjoin Rajasthan, the Indian state most heavily affected by dracunculiasis. A total of 29 906 cases were enumerated in an active search of all endemic areas of India conducted by the national guinea worm eradication programme in 1982.<sup>2</sup> Second, this report illustrates the wide disparity which may exist between the perceived extent of the dracunculiasis problem and its actual extent in affected countries. In 3 districts, the incidence of the disease may have increased between 1958-1959 and 1980.

<sup>1</sup> See No 4, 1983, pp 21-23.

Les données provenant du Pendjab (Tableau 1) comprennent les cas observés dans les 3 districts de Lahore, Rawalpindi et Sialkot et peuvent être comparées avec celles publiées précédemment. Dans ces 3 districts, entre 1958 ou 1959, et 1980 le nombre de cas déclarés a augmenté de 2 à 4 fois. Les consultants n'ont pu obtenir de données comparables provenant d'autres provinces.

COMMENTAIRE DE LA RÉDACTION: Ce rapport est important pour au moins 2 raisons. Tout d'abord, il souligne fortement l'extension connue de la dracunculose en Asie. Il faut noter que des parties des provinces du Pendjab et du Sind, appartenant au Pakistan, sont contiguës au Rajasthan, l'Etat de l'Inde où la dracunculose sévit le plus. Un total de 29 906 cas ont été dénombrés au cours d'un dépistage effectué par le programme d'éradication du ver de Guinée, en 1982, dans les régions endémiques de l'Inde.<sup>2</sup> D'autre part, ce rapport illustre la différence importante entre l'idée qu'on peut se faire de la fréquence de la dracunculose, et sa fréquence réelle, dans les pays touchés. Dans 3 districts, l'incidence de la maladie peut avoir augmenté entre 1958-1959 et 1980.

<sup>2</sup> Voir N° 4, 1983, pp 21-23

(Based on/D'après: A report from the Centers for Disease Control, Atlanta, reprinted with permission from the Ministry of Health, Special Education and Social Welfare, Pakistan./Un rapport des «Centers for Disease Control», Atlanta, reproduit avec l'autorisation du Ministère de la Santé, de l'Education spéciale et de la Sécurité sociale, Pakistan.)

## SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES

### Syphilis

UNITED STATES OF AMERICA. — Although the incidence of primary and secondary syphilis in the United States steadily increased from a low of 9.4 cases per 100 000 population in 1977 to 14.6 per 100 000 in 1982, the reported national incidence decreased to 14.1 per 100 000 in 1983 (Fig 1). Reported primary and secondary syphilis cases totalled 32 698 in 1983, a 3% decrease from the 33 613 cases reported in 1982.

The changes in the number and rate of primary and secondary syphilis cases varied with sex and sexual preference. Among women, the number and rate of reported cases increased in 1983; however, among men, reported cases and the rate decreased (Table 1). Thus, the decrease in the 1983 national incidence was attributable to the decrease in the rate of reported cases occurring among men. During 1981-1983, the rate of cases per 100 000 population reported in men decreased 0.9% but increased 15% among women. The sex ratio (males:females) among primary and

## MALADIES À TRANSMISSION SEXUELLE

### Syphilis

ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE. — Bien que l'incidence de la syphilis primaire et secondaire aux Etats-Unis d'Amérique ait augmenté régulièrement et soit passée de 9,4 cas pour 100 000 habitants en 1977 à 14,6 cas pour 100 000 habitants en 1982, l'incidence notifiée dans le pays s'est établie à 14,1 pour 100 000 habitants en 1983 (Fig 1). Le total des cas de syphilis primaire et secondaire signalés s'élevait à 32 698 en 1983, soit une diminution de 3% par rapport aux 33 613 cas notifiés en 1982.

On a assisté à des modifications du nombre et du taux des cas de syphilis primaire et secondaire en fonction du sexe et des préférences sexuelles. Chez les femmes, le nombre et le taux des notifications a augmenté en 1983; mais chez les hommes, ils ont diminué (Tableau 1). Ainsi, la diminution de l'incidence dans le pays en 1983 est imputable à la diminution du taux des notifications chez les hommes. En 1981-1983, le taux des cas pour 100 000 habitants a diminué de 0,9% pour les hommes, mais augmenté de 15% chez les femmes. Le rapport de masculinité (homme:femme) pour les cas de syphilis primaire et secondaire est passé

secondary syphilis cases increased from 1.5:1 in 1967 to 3.2:1 in 1980 but declined during 1981-1983 from 3.0:1 in 1981 to 2.6:1 in 1983.

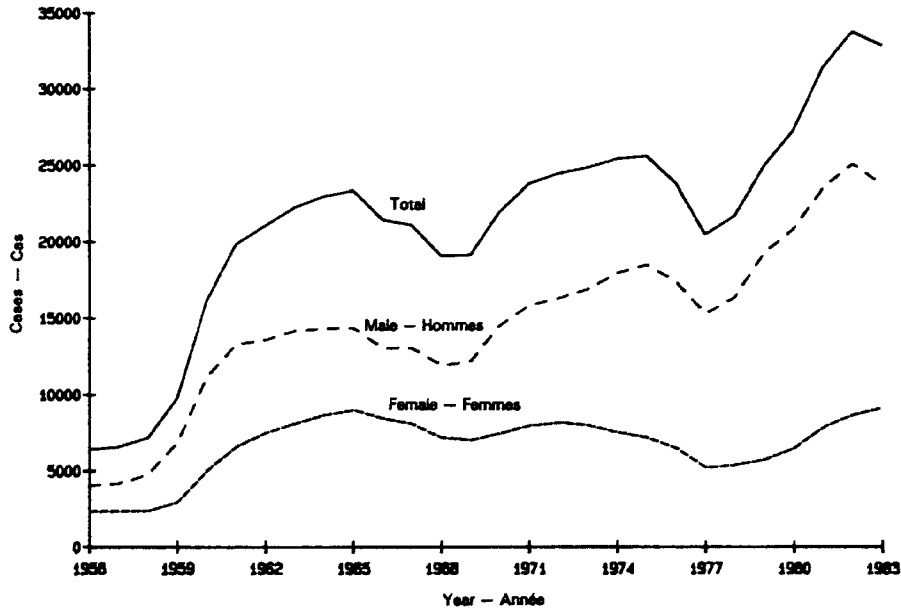
The proportion of men with primary and secondary syphilis who named other men as sex partners increased from 23% in 1969 to 42% in 1982 but decreased to 40% in 1983. The total number of men with early infectious syphilis who named other men as sexual contacts decreased by 13% from 1982 to 1983.

de 1,5:1 en 1967 à 3,2:1 en 1980, mais a diminué pendant la période 1981-1983 passant de 3,0:1 en 1981 à 2,6:1 en 1983.

La proportion d'hommes atteints de syphilis primaire et secondaire qui ont mentionné d'autres hommes comme partenaires sexuels est passée de 23% en 1969 à 42% en 1982, mais est retombée à 40% en 1983. Le nombre total d'hommes atteints de syphilis infectieuse précoce ayant mentionné d'autres hommes comme partenaires a diminué de 13% de 1982 à 1983.

Fig. 1

Reported primary and secondary syphilis cases, by sex, United States of America, 1956-1983  
Cas de syphilis primaire et secondaire notifiés par sexe, Etats-Unis d'Amérique, 1956-1983



In 1982, 24 833 early syphilis cases were reported from public clinics, compared with 8 780 cases reported from private sources. In 1983, primary and secondary syphilis cases reported from public clinics decreased to 23 949; cases reported from private sources decreased to 8 749.

Thirty-four states reported rates of primary and secondary syphilis that were lower in 1983 than in 1982. Rates varied greatly geographically from 0.3 per 100 000 population in North Dakota to 39.5 per 100 000 in Florida and 40.2 per 100 000 in Texas.

Primary and secondary syphilis rates continue to be higher in large urban areas than in less populated ones. In 1983, 63 cities with populations of 200 000 or more, comprising 26% of the population of the United States, accounted for nearly 60% of reported cases.

En 1982, 24 833 cas de syphilis précoce ont été signalés par des établissements publics, chiffre à rapprocher des 8 780 cas signalés par des services privés. En 1983, le nombre de cas de syphilis primaire et secondaire signalés par des établissements publics, en diminution, atteignait le chiffre de 23 949 et les cas signalés par des services privés celui de 8 749.

Trente-quatre Etats ont signalé des taux de syphilis primaire et secondaire plus faibles en 1983 qu'en 1982. Les taux pour 100 000 habitants ont présenté de grandes variations géographiques: 0,3 dans le Dakota du Nord, 39,5 en Floride et 40,2 au Texas.

Les taux de syphilis primaire et secondaire demeurent plus élevés dans les grandes agglomérations urbaines que dans les zones moins peuplées. En 1983, 63 villes d'au moins 200 000 habitants, totalisant 26% de la population des Etats-Unis d'Amérique, réunissaient à elles seules près de 60% des cas notifiés.

Table 1. Number and rate of primary and secondary syphilis cases per 100 000 population, by sex, United States of America, 1980-1983

Tableau 1. Nombre et taux des cas de syphilis primaire et secondaire par sexe pour 100 000 habitants, Etats-Unis d'Amérique, 1980-1983

| Year<br>Année | Cases<br>Cas   |                  |        | Change from previous year<br>Modification par rapport à l'année précédente (%) |                  |        | Rates*<br>Taux* |                  |       |
|---------------|----------------|------------------|--------|--|------------------|--------|-----------------|------------------|-------|
|               | Male<br>Hommes | Female<br>Femmes | Total  | Male<br>Hommes   | Female<br>Femmes | Total  | Male<br>Hommes  | Female<br>Femmes | Total |
| 1980 . . .    | 20 767         | 6 437            | 27 204 | + 8.3  | + 13.1           | + 9.4  | 18.9            | 5.5              | 12.1  |
| 1981 . . .    | 23 436         | 7 830            | 31 266 | + 12.9   | + 21.6           | + 14.9 | 21.3            | 6.6              | 13.7  |
| 1982 . . .    | 24 988         | 8 625            | 33 613 | + 6.6  | + 10.2           | + 7.5  | 22.5            | 7.3              | 14.6  |
| 1983 . . .    | 23 616         | 9 082            | 32 698 | - 5.5  | + 5.3            | - 2.7  | 21.1            | 7.6              | 14.1  |

\* Rates are based on 1983 population estimates of the Bureau of the Census. - \* Les taux sont basés sur des estimations démographiques pour 1983 pour le Bureau de recensement.

Early congenital syphilis (CS) among children under 1 year of age still contributes to neonatal morbidity. The number of cases of early CS decreased from 422 in 1971 to 104 in 1978. In 1981, reported cases increased to 160; in 1982 and 1983, 159 and 158 cases of CS were reported, respectively. Fifteen states reported no early CS in 1982 or 1983. Four states accounted for most (62%) of the cases of early CS reported in 1983: Texas (26%), Florida (15%), California (11%), and New York (9%). Though the rate of primary and secondary syphilis cases occurring among women increased by 15% between 1981 and 1983, the number of cases detected through prenatal testing increased to a lesser degree.

La syphilis congénitale précoce chez des enfants de moins d'un an reste l'une des causes de morbidité néonatale. Le nombre de cas de syphilis congénitale précoce est tombé de 422 en 1971 à 104 en 1978. En 1981, le nombre de cas notifiés est remonté à 160; en 1982 et 1983, 159 et 158 cas ont été signalés respectivement. Quinze Etats n'ont signalé aucun cas en 1982 ou 1983. La majorité (62%) des cas notifiés provenaient de 4 Etats en 1983: Texas (26%), Floride (15%), Californie (11%) et New York (9%). Si le taux des cas de syphilis primaire et secondaire chez les femmes s'est accru de 15% entre 1981 et 1983, le nombre des cas dépistés par examen prénatal a augmenté à un degré moindre.

**EDITORIAL NOTE.** The distribution of syphilis cases underwent several key changes between 1967 and 1979. The most important of these included (1) a two-fold increase in the ratio of reported cases among men to reported cases among women; (2) an increase in cases among men reported by public clinics—from 32% to 56% of the total cases; and (3) an increase in the percentage of white men with early syphilis who reported at least 1 male sex partner from 38% in 1969 to 70% in 1979. Most of these trends have continued since 1980. In addition, the percentage of total cases reported from public clinics (about 74% since 1980) and the percentage of cases among men reported from public clinics (about 55% since 1979) have been fairly constant. The ratio of cases reported among men to cases among women has declined between 1980 and 1983. The percentage of late and late latent syphilis cases reported has also declined from 59% in 1969 to 24% in 1983.

The decrease in the national incidence of reported syphilis cases may represent, in part, a response to public health recommendations to decrease risks of sexually transmitted diseases. With the media attention given to the acquired immune deficiency syndrome (AIDS) and herpes, syphilis rates may be affected indirectly, as gonorrhoea rates have been in certain localities.

The continued occurrence of a fairly constant number of cases of CS between 1981 and 1983 may reflect the increase in the incidence of early infectious syphilis among women, a lack of availability of prenatal care, or a failure of the prenatal-care system to provide timely screening, serological testing, and prompt follow-up. Eighty per cent of women with primary and secondary syphilis are in their reproductive years (15-34 years of age).

Most states require prenatal screening in the first trimester but not in the third trimester; thus, infections acquired later in pregnancy may not be detected and may cause infections in infants. States, such as Texas and Florida, where the incidence of CS is high, have established serological screening of all cord bloods. These states have increased their chances of detecting and reporting asymptomatic cases in the newborn. In states where newborns are not screened, cases of CS are not recognized until the signs become fully manifested.

Cases of congenital syphilis may be prevented by:

- (1) reducing the incidence of infectious syphilis among women of childbearing age, and
- (2) increasing the availability of prenatal care, including:
  - serological screening in the first trimester;
  - appropriate third-trimester serological evaluation of groups at high risk;
  - prompt treatment and adequate follow-up of maternal cases identified.

(Based on/D'après: *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 1984, 33, No. 30; *US Centers for Disease Control*.)

**CRITERIA USED  
IN COMPILING THE INFECTED AREA LIST**

Based on the *International Health Regulations* the following criteria are used in compiling and maintaining the infected area list (only official governmental information is used):

- I. An area is entered in the list on receipt of information of:
  - (i) a declaration of infection under Article 3,
  - (ii) the first case of plague, cholera or yellow fever that is neither an imported case nor a transferred case,
  - (iii) plague infection among domestic or wild rodents,
  - (iv) activity of yellow-fever virus in vertebrates other than man using one of the following criteria
    - (a) the discovery of the specific lesions of yellow fever in the liver of vertebrates indigenous to the area, or
    - (b) the isolation of yellow-fever virus from any indigenous vertebrates.
- II An area is deleted from the list on receipt of information as follows:
  - (i) if the area was declared infected (Article 3), it is deleted from the list on receipt of a declaration under Article 7 that the area is free from infection. If information is available which indicates that the area has not been free from infection during the time intervals stated in Article 7, the Article 7 declaration is not published, the area remains on the list and the health administration concerned is queried as to the true situation,
  - (ii) if the area entered the list for reasons other than a declaration under Article 3 (see I, (i) to (iv) above), it is deleted from the list on receipt of negative weekly reports of the time intervals stated in Article 7. In the absence of such reports, the area is deleted from the list on receipt of a notification of freedom from infection (Article 7) when at least the time period given in Article 7 has elapsed since the last notified case

**NOTE DE LA RÉDACTION:** Entre 1967 et 1979, la distribution des cas de syphilis a subi plusieurs modifications importantes dont les principales sont les suivantes: 1) multiplication par 2 du rapport des cas signalés chez les hommes aux cas signalés chez les femmes; 2) augmentation des cas notifiés par les établissements publics qui passent de 32% à 56% du nombre total des cas; et 3) augmentation du pourcentage d'hommes blancs atteints de syphilis précoce qui ont indiqué avoir eu au moins un partenaire sexuel masculin, ce pourcentage passant de 38% en 1969 à 70% en 1979. La plupart de ces tendances se poursuivent depuis 1980. En outre, le pourcentage du nombre total de cas notifiés par les établissements publics (environ 74% depuis 1980) et le pourcentage des cas masculins notifiés par les établissements publics (environ 55% depuis 1979) sont demeurés assez constants. Le rapport des cas masculins aux cas féminins a diminué entre 1980 et 1983. Le pourcentage des cas de syphilis tardive et de syphilis latente tardive notifiés a également baissé, passant de 59% en 1969 à 24% en 1983.

Il est possible que la diminution du nombre de cas de syphilis notifiés dans l'ensemble du pays résulte en partie des recommandations faites par les autorités sanitaires pour abaisser les risques de maladies à transmission sexuelle. L'attention accordée par les médias au syndrome d'immunodéficit acquis (SIDA) et à l'herpès, a peut-être une influence indirecte sur les taux de syphilis, comparable à celle qu'on a notée pour les taux d'infection gonococciques dans certaines localités.

Si le nombre des cas de syphilis congénitale est demeuré assez constant entre 1981 et 1983, cela peut être dû à une incidence accrue de la syphilis infectieuse précoce chez les femmes, à l'absence de soins prénatals ou au fait que les services de soins prénatals ne procèdent pas à des dépistages précoces, n'effectuent pas de tests sérologiques et n'assurent pas promptement le suivi. Quarante-vingt pour cent des femmes atteintes de syphilis primaire ou secondaire sont en âge de procréer (15-34 ans).

La plupart des Etats exigent un dépistage prénatal au premier trimestre de la grossesse, mais pas au dernier; des infections contractées en cours de grossesse peuvent passer inaperçues et atteindre le nourrisson. Des Etats tels que le Texas et la Floride, où l'incidence de la syphilis congénitale est élevée, ont institué le dépistage sérologique systématique par prélèvement de sang dans le cordon ombilical. Ils sont ainsi mieux armés pour dépister et signaler les cas asymptomatiques chez les nouveau-nés. Dans les Etats qui ne soumettent pas les nouveau-nés à ce dépistage, les cas de syphilis congénitale ne sont diagnostiqués que lorsque les signes deviennent manifestes.

Les cas de syphilis pourront être prévenus par les mesures suivantes:

- 1) la réduction de l'incidence de la syphilis infectieuse chez les femmes en âge de procréer, et
- 2) l'offre accrue de soins prénatals, comportant:
  - le dépistage sérologique au premier trimestre;
  - l'évaluation sérologique appropriée des groupes à risque au troisième trimestre;
  - le traitement rapide et le suivi des cas maternels diagnostiqués.

**CRITÈRES APPLIQUÉS POUR LA COMPILATION  
DE LA LISTE DES ZONES INFECTÉES**

Conformément au *Règlement sanitaire international* les critères suivants sont appliqués pour la compilation et la mise à jour de la liste des zones infectées (seules sont utilisées les informations officielles émanant des gouvernements)

- I. Une zone est portée sur la liste lorsque l'Organisation a reçu:
  - i) une déclaration d'infection, aux termes de l'article 3,
  - ii) notification d'un premier cas de peste, de choléra ou de fièvre jaune qui n'est ni un cas importé ni un cas transféré,
  - iii) notification de la présence de la peste chez les rongeurs domestiques et chez les rongeurs sauvages,
  - iv) notification de l'activité du virus amaril chez des vertébrés autres que l'homme, déterminée par l'application de l'un des critères suivants:
    - a) découverte des lésions spécifiques de la fièvre jaune dans le foie de vertébrés de la faune indigène du territoire ou de la circonscription; ou
    - b) isolement du virus de la fièvre jaune chez n'importe quel vertébré de la faune indigène.
- II. Les zones sont radiées de la liste dans les conditions suivantes:
  - i) si la zone a été déclarée infectée (article 3), elle est radiée de la liste lorsque l'Organisation reçoit une notification faite en application de l'article 7, suivant laquelle la zone est indemne d'infection. Si l'on dispose de renseignements indiquant que la zone n'a pas été indemne d'infection pendant une période correspondant à la durée indiquée dans l'article 7, la notification prévue par l'article 7 n'est pas publiée, la zone reste sur la liste et l'administration sanitaire intéressée est priée de donner des éclaircissements quant à la situation exacte,
  - ii) si la zone a été portée sur la liste pour des raisons autres que la réception de la notification prévue par l'article 3 (voir I, (ii) à (iv) ci-dessus), elle est radiée de la liste lorsque des rapports hebdomadaires négatifs ont été reçus pendant une période dont la durée est indiquée à l'article 7. A défaut de tels rapports, la zone est radiée de la liste lorsque, au terme de la période indiquée à l'article 7, l'Organisation reçoit une notification d'exemption d'infection (article 7)

**INFLUENZA**

CANADA (19 January 1985). — The first influenza virus isolates this season were reported during the week ending 11 January. Four influenza A virus isolates, from Alberta and Quebec, were preliminarily characterized as similar to A/Philippines/2/82(H3N2). A fifth strain of influenza A, not yet subtyped, was isolated in Ontario.

(Based on/D'après: *Canada Diseases Weekly Report/Rapport hebdomadaire des maladies au Canada*, Vol. 11, No. 3, 1985; *Health and Welfare/Santé et Bien-être social Canada*.)

UNITED STATES OF AMERICA. (25 January 1985). —<sup>1</sup> Influenza activity continued to increase in January: widespread or regional outbreaks have now been reported in 9 states, and influenza viruses have been isolated in 27 states. Isolates of influenza A(H3N2) virus have been reported in 26 states, influenza B virus in 5 states, and influenza A(H1N1) virus in 1 state. For the first time since the 1980-1981 season, the mortality from pneumonia and influenza reported by 121 cities has increased above the non-epidemic level.

<sup>1</sup> See No. 2, 1985, p. 10.

**GRIPPE**

CANADA (19 janvier 1985). — Les premiers isolements de virus grippal de la présente saison ont été signalés au cours de la semaine se terminant le 11 janvier. Quatre souches de virus grippal A, en provenance d'Alberta et du Québec, ont été provisoirement caractérisées comme étant analogues à A/Philippines/2/82(H3N2). Une cinquième souche de virus grippal A, isolée en Ontario, n'a pas encore été sous-typée.

ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE (25 janvier 1985). —<sup>1</sup> L'activité grippale a continué d'augmenter pendant le mois de janvier. Des flambées générales ou régionales ont maintenant été signalées dans 9 Etats et le virus de la grippe a été isolé dans 27 Etats. On a signalé des isolements de virus grippal A(H3N2) dans 26 Etats, de virus B dans 5 Etats et de virus A(H1N1) dans 1 Etat. Pour la première fois depuis la saison 1980-1981, la mortalité due à la pneumonie et à la grippe a dépassé le niveau non-épidémique.

<sup>1</sup> Voir No 2, 1985, p. 10.

**DISEASES SUBJECT TO THE REGULATIONS - MALADIES SOUMISES AU RÈGLEMENT**  
**Notifications received from 25 to 31 January 1985 - Notifications reçues du 25 au 31 janvier 1985**

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 † |         | THAILAND - THAÏLANDE |      |
|------------------------|-----------|-----------------------|---------|----------------------|------|
| Africa - Afrique       |           | Africa - Afrique      |         | C D                  |      |
| MADAGASCAR             | C D       | MALI                  | C D     | 6-12.1               |      |
| Fianarantsoa Province  | 17-23.XII | .....                 | 14-20.† | .....                | 12 0 |
| Ambositra S. Préf.     |           | .....                 | 25 9    |                      |      |
| Ambatonarina District  | 1§ 1      | Asia - Asie           |         |                      |      |
| Ambohipo District      | 1§ 0      |                       | C D     |                      |      |
| Fandrana S. Préf.      |           | MALAYSIA - MALAISIE   | 13-19.1 |                      |      |
| Miannavaratra District | 1 1       | .....                 | 7 0     |                      |      |

† 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.

**Newly infected areas as on 31 January 1985 - Zones nouvellement infectées au 31 janvier 1985**

For criteria used in compiling this list, see page 35. — Les critères appliqués pour la compilation de cette liste sont publiés page 35

The complete list of infected areas was last published in WER No. 2, 1985, page 11. 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 No 2, 1985, page 11. Pour sa mise à jour, il y a lieu de consulter les *Relevés* publiés depuis lors où figurent les listes de zones à ajouter et à supprimer. La liste complète est généralement publiée une fois par mois.

| PLAGUE - PESTE         | CHOLERA - CHOLÉRA     | THAILAND - THAÏLANDE       |
|------------------------|-----------------------|----------------------------|
| Africa - Afrique       | Africa - Afrique      |                            |
| MADAGASCAR             | MALI                  | Nakhon Raichasima Province |
| Fianarantsoa Province  | Gao Région            | Chum Phuang District       |
| Ambositra S. Préf.     | Gourma Rharous Cercle | Pak Thong Chai District    |
| Ambatonanna District   |                       | Samut Prakan Province      |
| Fandrana S. Préf.      | Asia - Asie           | Phra Pradaeng District     |
| Miannavaratra District | MALAYSIA - MALAISIE   | Songkhla Province          |
|                        | Sabah                 | Sathing Phra District      |
|                        | Kudat District        |                            |

**Areas removed from the infected area list between 25 and 31 January 1985**  
**Zones supprimées de la liste des zones infectées entre les 25 et 31 janvier 1985**

For criteria used in compiling this list, see page 35 - Les critères appliqués pour la compilation de cette liste sont publiés page 35

| PLAGUE - PESTE                 | CHOLERA - CHOLÉRA    |
|--------------------------------|----------------------|
| Africa - Afrique               | Asia - Asie          |
| MADAGASCAR                     | THAILAND - THAÏLANDE |
| Antananarivo Province          | Phangnga Province    |
| Arivonimamo S. Préf            | Khura Bun District   |
| Manalalondo District           | Thai Muang District  |
| Ranivohitra S. Préf            | Surat Thani Province |
| Antananarivo I                 | Kanchanadit District |
| Fianarantsoa Province          | Phunphin District    |
| Ambatofinandrahana S. Préf     | Trang Province       |
| Ambondromisoira District       | Trang District       |
| Ambositra S. Préf              |                      |
| Ankura-Andriamanalina District |                      |

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

Annual subscription - Abonnement annuel

Fr. s. 120.-