



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

28 NOVEMBER 1986

61ST YEAR - 61^E ANNÉE

28 NOVEMBRE 1986

COMMUNICABLE DISEASES

Teleprocessing surveillance network

FRANCE. — New surveillance facilities have been introduced in order to improve national monitoring of communicable diseases and offset the shortcomings of compulsory notification. Selective rather than exhaustive surveillance was the approach adopted in both clinical and biological fields. At the end of 1984, a network for the surveillance of common diseases treated on an out-patient basis, mainly by general practitioners, and covered by national prevention and control programmes, was set up by the Directorate-General of Health and the National Institute for Health and Medical Research (INSERM).

The network also supplies information on communicable diseases and enlists the collaboration of many medical and administrative bodies. The activities, characteristics and first results of this network have just been published.¹

At present, it is still being run on an experimental basis. It should reach its full size at the end of 1986, with 570 physicians, i.e. 1% of the total number of general practitioners in France.

Purpose of the network

(1) Data production and collection

"Sentinel" general practitioners throughout metropolitan France monitor a number of communicable diseases.² For this purpose the telecommunications service provides each of them with a "minitel", i.e. a computer terminal with built-in modem, linked to the telephone. At least once a week, on the day and time of their choice, they must report any new cases of the following 5 diseases: influenza (using WHO criteria); hepatitis of suspected viral origin (the criteria are: illness of recent origin caused by neither drugs nor poisons, and a transaminase level twice the upper limit of the normal range); measles (using the criteria of the Centers for Disease Control (CDC); male urethritis (which must be of recent origin); and mumps (using the CDC criteria).

For each notification the physician must specify the age and sex of the patient. For measles and mumps, he should indicate also whether the patient has been immunized; and for urethritis, whether there has been any discharge. He may provide additional information on the cases notified or report other diseases which, although not included in the surveillance programme, seem important to him.

¹ A computer network for the surveillance of communicable diseases. The French experiment. *American Journal of Public Health*, 1986, Vol. 76, No. 11, pp. 1289-1292.

² See No. 27, 1986, pp. 208-210.

MALADIES TRANSMISSIBLES

Réseau téléinformatique de surveillance

FRANCE. — Pour améliorer la surveillance nationale des maladies transmissibles et pallier aux déficiences de la déclaration obligatoire, de nouveaux instruments de surveillance ont été mis en place. Dans ce cadre, la démarche de surveillance par sondage plutôt qu'exhaustive a été privilégiée tant dans le domaine de la surveillance clinique que biologique. Ainsi, un réseau de surveillance adapté aux maladies fréquentes, ambulatoires, vues en priorité par les médecins généralistes et faisant l'objet de programmes nationaux de lutte et de prévention, a été mis en place fin 1984 à l'initiative de la Direction générale de la Santé et de l'Institut national de la Santé et de la Recherche médicale (INSERM).

A côté de cette mission de surveillance, le réseau développe une activité d'information dans le domaine des maladies transmissibles et associe de nombreux partenaires médicaux et administratifs. L'ensemble des activités, caractéristiques et premiers résultats de ce réseau vient d'être publié.¹

Actuellement, le réseau fonctionne encore à titre expérimental. Sa grandeur réelle, comprenant 1% des médecins généralistes, soit 570 médecins, devrait être atteinte fin 1986.

Les missions du réseau

1) Origine et collecte des données

Des médecins généralistes «sentinelles» répartis dans tout le pays (France métropolitaine) assurent la surveillance de certaines maladies transmissibles.² Pour cela, un «minitel», terminal avec modem incorporé, relié au téléphone et fourni par les services des télécommunications, est mis à leur disposition. Ils doivent, au moins une fois par semaine, à l'heure et au jour de leur choix, communiquer les nouveaux cas diagnostiqués pour les 5 maladies suivantes: syndromes grippaux (les critères sont ceux de l'OMS); hépatite présumée virale (dont les critères sont: maladie récente, d'origine ni médicamenteuse ni toxique, taux de transaminases 2 fois supérieur à la norme supérieure du laboratoire); rougeole (les critères sont ceux des Centers for Disease Control (CDC); urétrite masculine (elle doit être récente); et oreillons (les critères sont ceux des CDC).

Pour chaque cas signalé, le médecin doit préciser l'âge et le sexe du patient. Il doit également préciser, pour la rougeole et les oreillons, si le sujet était vacciné; pour les urétrites, si un écoulement était associé. Il peut également fournir des compléments d'informations sur les cas déclarés ou signaler d'autres pathologies ne faisant pas partie de la surveillance mais lui paraissant importantes.

¹ A computer network for the surveillance of communicable diseases. The French experiment. *American Journal of Public Health*, 1986, Vol. 76, No. 11, pp. 1289-1292.

² Voir N° 27, 1986, pp. 208-210.

Epidemiological notes contained in this issue:

Biologicals, communicable diseases, Expanded Programme on Immunization, foodborne diseases, influenza, narcotic and psychotropic substances, poliomyelitis.

List of newly infected areas, p. 376.

Informations épidémiologiques contenues dans ce numéro:

Grippe, maladies d'origine alimentaire, maladies transmissibles, programme élargi de vaccination, poliomyélite, stupéfiants et substances psychotropes, substances biologiques.

Liste des zones nouvellement infectées, p. 376.

Since October 1985, the *Departmental Directorates of Health and Social Affairs* (both metropolitan and overseas departments) have been sending the Directorate-General of Health weekly reports on notifiable diseases through this network.

The *National Reference Centres for Influenza* transmit each week the number of isolations and seroconversions for influenza and para-influenza viruses.

(2) Feedback

All the data and information supplied are made available to the suppliers in the form of weekly bulletins appearing through the network.

(3) Exchanges between contributors

Electronic mail is used to improve the quality and speed of information exchange between the contributors to the system.

Panels can be set up on the network, as a constant forum for the exchange of views on a given theme, such as incidents following measles immunization, acceptability of vaccination among families, etc.

Contributors to the network

(1) The development team

At present the team comprises: 2 epidemiologists responsible for recruitment of and liaison with the sentinel physicians and for exchanges with public health bodies; 1 biomathematician; 2 programmers; 1 computer technician; 1 biostatistician; 1 secretary; and 1 part-time archivist. This team belongs to the *Unité de Recherches biomathématiques et biostatistiques* at INSERM.

(2) The sentinel physicians

Although there were only 100 when the network was set up, there are now 250 and they will soon number 570, or 1% of all the general practitioners in France. They are recruited as volunteers and must be representative in terms of age, sex, place and type of practice.

(3) The public health bodies involved

The Directorate-General of Health decides which diseases are to be monitored. The Departmental Directorates of Health and Social Affairs (there are 95 departments in metropolitan France) are responsible in particular for gathering information on 11 notifiable diseases and transmitting it to the Directorate-General of Health.

A number of Regional Directorates of Health and Social Affairs (France has 22 regions) and regional health monitoring stations participate in the network.

The National Reference Centres are laboratories or epidemiological monitoring centres whose function is to record and analyse cases of one or more specific infectious diseases. At present the following centres are linked to the network: influenza, brucellosis, tuberculosis, AIDS, resistance to antimalarials, sexually transmitted diseases, imported diseases and vaccinations.

Conclusion

This teleprocessing network fosters the exchange of data among contributors without hampering their activities: the participants provide data, read and send messages and consult the available information at their own convenience.

The almost immediate return of data in the form of tables and maps stimulates physicians and enables them to keep abreast at all times of the epidemiological status of the diseases monitored in their department or region.

The facility for sending the same piece of information to some or all contributors is a useful tool for alerting practitioners. It has already been used on a number of occasions, particularly during the outbreaks of trichinosis in the autumn of 1985.¹ It enabled both the physicians and the administrative departments concerned to take more rapid action.

This network will serve as a tool for regular and permanent surveillance, and can be used for specific surveys on any matter of concern in public health, such as the diagnostic or therapeutic approach of physicians to a given disease, or assessment of the incidence of an illness.

There are plans to extend the network to specialists and hospital physicians, which should further increase the field of communicable disease surveillance.

¹ See No. 38, 1986, pp. 293-294.

Les Directions départementales des Affaires sanitaires et sociales (France métropolitaine et outre-mer) envoient à la Direction générale de la Santé depuis octobre 1985 les relevés hebdomadaires des maladies à déclaration obligatoire par l'intermédiaire de ce système.

Les Centres nationaux de Référence pour la Grippe transmettent chaque semaine les nombres d'isollements et de séroconversions pour les virus grippaux et parainfluenza.

2) Retour de l'information

Un retour global des données et de l'information est présenté sous forme de bulletins télématiques hebdomadaires.

3) Echanges entre les partenaires

La messagerie électronique est utilisée pour améliorer la qualité et la rapidité de transmission des informations entre tous les différents partenaires du système.

Des tableaux d'intérêt public peuvent être créés. Ils ont les caractères d'un forum permanent. Ils permettent des échanges de points de vue sur un thème choisi (par exemple, incidents après vaccination contre la rougeole, acceptabilité du vaccin par les familles, etc.).

Les partenaires du réseau

1) L'équipe de développement

Elle comprend actuellement 2 épidémiologistes assurant le recrutement et les relations avec les médecins sentinelles ainsi que les échanges avec les organismes de Santé publique: 1 biomathématicien; 2 programmeurs; 1 technicien informaticien; 1 biostatisticien; 1 secrétaire; et 1 documentaliste à temps partiel. Cette équipe fait partie de l'Unité de Recherches biomathématiques et biostatistiques de l'INSERM.

2) Les médecins sentinelles

De 100 lorsque le réseau s'est mis en place, ils sont passés à 250 actuellement et seront prochainement 570, soit 1% de l'ensemble des médecins généralistes français. Recrutés sur la base du volontariat, ils doivent être représentatifs pour les critères suivants: âge, sexe, lieu et mode d'exercice.

3) Les partenaires de santé publique

La Direction générale de la Santé préside au choix des maladies à surveiller. Les Directions départementales des Actions sanitaires et sociales (il y a en France métropolitaine 95 départements) sont notamment chargées de recueillir les notifications pour 11 maladies à déclaration obligatoire et de les communiquer à la Direction générale de la Santé.

Certaines Directions régionales des Actions sanitaires et sociales et Observatoires régionaux de Santé participent au réseau.

Les Centres nationaux de Référence sont des laboratoires ou des centres de surveillance épidémiologique chargés de recueillir et d'analyser le cas d'une ou plusieurs pathologies infectieuses définies. Les centres actuellement reliés au réseau sont les suivants: grippe, brucellose, tuberculose, SIDA, chimiorésistance du paludisme, maladies sexuellement transmissibles, maladies importées, vaccinations.

Conclusion

Le réseau constitue un moyen de communication télématique qui facilite les échanges entre les partenaires sans gêner leurs activités: c'est lorsqu'il est disponible qu'un correspondant fournit ses données, lit et envoie ses messages, consulte les informations qui lui sont présentées.

Le retour quasi-instantané des données sous forme de tableaux et de cartes stimule les médecins et leur permet d'être informés à tout moment de la situation épidémiologique concernant les maladies surveillées dans leur département ou région.

La possibilité d'envoyer une même information à certains ou à tous les correspondants en fait un bon outil d'alerte. Cette fonction a déjà été exploitée plusieurs fois notamment lors des épidémies de trichinose survenues à l'automne 1985.¹ Elle a permis que les mesures soient prises plus rapidement tant par les praticiens que par les services administratifs concernés.

Le réseau actuellement mis en place doit constituer un outil régulier et permanent de surveillance sur lequel pourront se greffer des enquêtes ponctuelles en fonction de préoccupations de santé publique: interrogation des médecins sur leur attitude diagnostique ou thérapeutique face à une pathologie; évaluation de l'incidence d'une maladie.

L'extension du réseau à d'autres partenaires (médecins spécialistes, praticiens hospitaliers) est également prévue, toujours dans le but d'élargir le champ de la surveillance des maladies transmissibles.

¹ Voir N° 38, 1986, pp. 293-294.

It is hoped that Lyme disease, infectious diarrhoeal diseases, urinary infections and complications in immunization of children will also be monitored.

(Based on/D'après: A report by the National Institute of Health and Medical Research/Un rapport de l'Institut national de la Santé et de la Recherche médicale, Paris, 1986.)

EDITORIAL NOTE: The detailed report, which includes the results, can be obtained from the *Institut national de la Santé et de la Recherche médicale, Unité de Recherches biomathématiques et biostatistiques*, Université de Paris 7, Tour 53, 2, place Jussieu, 75251 Paris Cedex 05.

NOTE DE LA RÉDACTION: On peut se procurer le rapport détaillé comprenant les résultats obtenus en s'adressant à l'Institut national de la Santé et de la Recherche médicale, Unité de Recherches biomathématiques et biostatistiques, Université Paris 7, Tour 53, 2, place Jussieu, 75251 Paris Cedex 05.

FOODBORNE DISEASES

Salmonella nima infection from chocolate

CANADA. - Beginning 16 December 1985 and continuing sporadically through to 8 September 1986, a total of 13 isolations of *Salmonella nima* were identified in British Columbia.¹

The peak (11 cases) occurred between mid-December and mid-January. All of the cases were from scattered geographical areas of the province, with no apparent contact between any of the families involved.

Because this serotype was new to British Columbia, and most of the rest of Canada, with only 1 isolation made from a snake in Ontario in 1970, an intensive investigation was undertaken to discover its source. Moreover, there have only been 2 isolations of this serotype made in the United States of America: 1 in the 1975-1981 period and 1 in 1984. Therefore, it was felt that it should be possible to trace such a rare serotype to its origin. The information collected revealed one common feature about the index case in each family: this was a child between 2 and 4 years of age who was often the only family member positive for the organism.

A telephone questionnaire of the families involved was undertaken to try and determine a common source for this serotype. Initially, a particular brand of cheddar cheese was suspected on the basis of food history data of the children who were positive for *S. nima*. However, once case controls were surveyed, no differences were observed between the 2 groups. Attempts at isolating this serotype from batches of cheese, raw milk starter culture, colour and rennet involved in its manufacture, and environmental swabs of the cheese factory were all unsuccessful.

In the meantime, Alberta, Saskatchewan, Manitoba and Ontario also reported *S. nima* (a total of 16 isolations), and 3 were identified in the United Kingdom.

Following the latest isolation made in British Columbia on 8 September, the family of the 4-year-old girl involved was contacted regarding a possible source of the organism. Chocolate coins were mentioned and 2 of these were still available for testing. The coins were tested as a composite sample because of their small size by the Food Poisoning Section, British Columbia Division of Laboratories. The *Salmonella* isolated was serotyped as *S. nima* by the Enteric Bacteriology Section. Upon further investigation, it was learned that these chocolate coins had been imported from Belgium. Subsequently, unopened bags of the coins, 9-11 coins per bag, as well as large chocolate medallions were obtained from a local store, part of the single 1985 shipment from the Vancouver distributor. Testing was performed by the Food Poisoning Section, and also by the federal Health Protection Branch Laboratory in Vancouver. *S. nima* was isolated from coins from one of these bags. Further testing of the 1986 shipment of chocolate coins and medallions stored in a local warehouse is under way.

Retrospectively, imported chocolate coins as the vehicle of transmission of this rare serotype appear to fit the following observed facts: (1) the majority of the cases occurred in the 2 weeks before and after Christmas, (2) the index case in each family was often a child under 4 years of age, and (3) the cases were from widespread geographical locations with no apparent contact between them.

CDWR EDITORIAL NOTE: The above 2 chocolate products were distributed to various food and specialty stores in western Canada and as far east as Thunder Bay. On 3 October 1986, Health and Welfare Canada announced that the Vancouver distributor was voluntarily recalling these products.

¹ See No. 31, 1986, pp. 242-243.

(Based on/D'après: *Canada Diseases Weekly Report/Rapport hebdomadaire des maladies au Canada*, Vol. 12-41, 1986; *Health and Welfare/Santé et Bien-être social Canada*.)

MALADIES D'ORIGINE ALIMENTAIRE

Infection à *Salmonella nima* transmise par du chocolat

CANADA. - De façon sporadique du 16 décembre 1985 au 8 septembre 1986, *Salmonella nima* a été isolée dans 13 cas en Colombie britannique.¹

La plupart des cas (11) ont été enregistrés entre la mi-décembre et la mi-janvier. Tous concernaient des régions éloignées les unes des autres et il n'y avait pas de contact apparent entre les familles touchées.

Comme ce sérotype n'avait jamais été isolé dans la province ni dans le reste du pays, sauf une seule fois (un serpent en Ontario en 1970), il a été décidé d'entreprendre une enquête d'envergure afin de découvrir la source de l'infection. Il importe de mentionner que ce même sérotype n'a été isolé qu'en 2 occasions aux Etats-Unis d'Amérique, une fois pendant la période 1975-1981 et une autre fois en 1984. On croyait donc qu'il serait possible de déterminer l'origine d'un sérotype aussi rare. Les renseignements recueillis ont fait ressortir une caractéristique commune du cas initial dans chaque famille touchée: il s'agissait d'un enfant de 2 à 4 ans qui, bien souvent, était le seul de la famille à abriter l'organisme.

Une enquête téléphonique a été entreprise en vue de découvrir la source commune de l'infection. Au départ, on avait soupçonné une marque de fromage cheddar sur la foi des renseignements donnés à propos des aliments consommés par les enfants hébergeant *S. nima*. Toutefois, après comparaison avec les témoins, on a constaté qu'il n'y avait aucune différence sur ce point entre les 2 groupes. De même, l'analyse de lots de fromage, de ferments de lait cru, de colorants et de présure entrant dans la fabrication du fromage suspect, ainsi que des prélèvements par écouvillonnage dans les locaux de la fromagerie, n'ont rien donné.

A la même époque, Alberta, Saskatchewan, Manitoba et Ontario signalaient aussi la présence de *S. nima* (16 isolements en tout) et le Royaume-Uni enregistrait 3 cas d'infection par cet organisme.

La famille de la fillette de 4 ans qui avait été le dernier cas de référence enregistré en Colombie britannique (le 8 septembre) a été contactée dans le cadre de l'enquête. L'enfant aurait mangé de la «monnaie» en chocolat, et 2 «pièces» ont pu être analysées. A cause de leur petite taille, la Section des toxi-infections alimentaires des laboratoires provinciaux les a incorporées dans un échantillon composite. La Section de bactériologie entérique a confirmé la présence de *S. nima*. L'enquête subséquente a révélé qu'il s'agissait de chocolat importé de Belgique. On a par la suite trouvé dans un magasin local des sacs de monnaie en chocolat (9 à 11 pièces par sac), ainsi que de gros médaillons de cette confiserie qui constituaient une partie du seul arrivage reçu en 1985 par le distributeur de Vancouver. Il ont été analysés par la Section des toxi-infections alimentaires des laboratoires provinciaux de même que par le laboratoire fédéral de la Direction générale de la protection de la santé à Vancouver. Un des sacs de monnaie en chocolat était contaminé par *S. nima*. On procède actuellement à l'analyse d'échantillons de l'arrivage de 1986 de pièces de monnaie et de médaillons en chocolat dans un entrepôt local.

Retrospectivement, il apparaît que la monnaie en chocolat était bien le mode de transmission de ce sérotype rare: en effet, 1) la majorité des cas s'est produite pendant les 2 semaines qui ont précédé ou ont suivi Noël, 2) dans chaque famille, le cas initial était un enfant de moins de 4 ans et 3) les cas se sont produits dans des régions très éloignées les unes des autres et n'avaient apparemment pas eu de contact entre eux.

NOTE DE LA RÉDACTION DU RHMC: Les 2 produits en chocolat dont il est question ici ont été distribués dans diverses épiceries fines et autres magasins d'alimentation du pays dans l'ouest, et aussi tout à fait à l'est à Thunder Bay. Le 3 octobre 1986, le Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social annonçait que le distributeur de Vancouver avait décidé de lui-même de retirer ces produits du marché.

¹ Voir N° 31, 1986, pp. 242-243.

IMPORTED CASE OF POLIOMYELITIS

Implications for travellers to endemic countries

UNITED STATES OF AMERICA. - Poliomyelitis type 1 was diagnosed this year in a 29-year-old woman from California who had been in Nepal and Burma before onset of illness on 10 May. Specifically, she worked in Nepal from January to 2 May 1986; in April she went on a raft trip in the same country; and from 3 to 9 May she was in Burma. On 10 May she travelled to Bangkok, Thailand where she had onset of fever (39 °C), malaise, restlessness and a general feeling of weakness lasting 1 day. She was well until 16 May when she again had fever over 39 °C, headache, and low back pain. The next day she had onset of weakness in her legs, more severe on the right, decreased urinary urgency, and constipation.

By 19 May she could not walk and was hospitalized in Thailand. No sensory, cranial nerve, or central nervous system abnormalities were noted. On 6 June she was flown back to the United States and to her parents' home, still confined to a wheelchair, though the constipation and decreased urinary urgency had disappeared. On 11 June her right lower extremity was entirely flaccid except for some minimal strength in the glutei. There was moderate weakness and loss of tone in the left lower extremity in the glutei, quadriceps, and peroneal and calf muscles. By late July, over 60 days after onset of weakness, the left leg appeared to have recovered completely and strength of muscles above the knee in the right leg was greatly improved. However, paralysis of muscles persisted below the right knee.

Laboratory results included the following: cerebrospinal fluid (CSF) obtained during the acute illness in Thailand showed 90 white blood cells with 93% monocytes and 7% polymorphonuclear leukocytes (it is not known whether CSF protein was evaluated). Type 1 poliovirus was isolated in a stool specimen collected on 22 June and later characterized as wild virus by the Centers for Disease Control (CDC). Serum obtained on 27 June and tested for poliomyelitis complement fixation antibodies showed the following titres: type 1 - 1:16, and types 2 and 3 - <1:8. Electromyogram and nerve conduction velocity studies on 26 June (when she was recovering clinically) showed widespread denervation changes in the muscles below the right knee. Immunocompetence work-up, including IgM and IgG quantitation as well as quantitative immunoelectrophoresis, was normal in a blood specimen obtained on 27 June.

This patient's mother recalled that her daughter had received 3 Salk vaccine shots in the late 1950s and 1 dose of Sabin vaccine at a mass public clinic in California in the early 1960s but had no records. The patient took no polio vaccine dose before travel to Nepal and recalls no outbreak of paralytic illness or exposure to recently immunized persons during her travel in Nepal and Burma.

CALIFORNIA MORBIDITY EDITORIAL NOTE: Travellers to poliomyelitis-endemic countries should be considered at risk of exposure to wild poliovirus. Even persons who have previously received a primary series may need a "booster" of polio vaccine before travelling to such areas. For adults who previously completed a series of oral polio vaccine (OPV) another dose should be given. (The need for further supplementary doses of OPV has not been established.) For adults who previously completed a primary series of inactivated polio vaccine (IPV), a dose of either IPV or OPV may be given. If IPV is used, additional doses may be given every 5 years if the person remains at increased risk (but the need for these additional doses has not been established).

(Based on/D'après: *California Morbidity*, No. 32, 1986; *Infectious Disease Branch, Department of Health Services*.)

EDITORIAL NOTE: This incident highlights the need to draw the attention of people travelling to countries where the poliomyelitis risk is high to their responsibility to make sure they are properly immunized. Information on these countries is contained in the booklet "Vaccination certificate requirements and health advice for international travel" published by WHO.

EXPANDED PROGRAMME ON IMMUNIZATION

Programme acceleration

COLOMBIA. - From June to August 1984, a 3-stage national immunization campaign was carried out in Colombia. Three vaccines were administered—poliomyelitis, DPT (diphtheria, pertussis and tetanus) and measles—so as to increase the coverage and reduce morbidity and mortality from these causes among children under 5 years. At the same time, a study was carried out at a health

CAS IMPORTÉ DE POLIOMYÉLITE

Conséquences pour les voyageurs se rendant dans des pays d'endémie

ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE - Un cas de poliomyélite du type 1 a été diagnostiqué cette année chez une femme de 29 ans, habitant la Californie, qui aurait séjourné au Népal et en Birmanie avant le début de sa maladie, le 10 mai. En fait, elle avait travaillé au Népal du mois de janvier au 2 mai 1986 et en avril, elle avait fait un voyage en radeau dans ce pays; du 3 au 9 mai, elle avait séjourné en Birmanie. Le 10 mai, elle s'est rendue à Bangkok (Thaïlande) où sont apparus de la fièvre (39 °C), une sensation de malaise, une agitation et une impression générale de faiblesse qui a duré un jour. Son état a ensuite été bon jusqu'au 16 mai, lorsqu'elle a souffert à nouveau de fièvre (plus de 39 °C) avec céphalées et lombalgies. Le lendemain est apparue une parésie des jambes, plus marquée à droite, une diminution des mictions et une constipation.

Le 19 mai, elle ne pouvait plus marcher et a été hospitalisée en Thaïlande. Il n'existait aucun signe d'atteinte sensorielle, des nerfs crâniens ou du système nerveux central. Le 6 juin, elle a été rapatriée par avion aux États-Unis d'Amérique, chez ses parents, ne pouvant se déplacer qu'en chaise roulante; il n'existait plus de constipation ni de diminution des mictions. Le 11 juin, le membre inférieur droit était entièrement flasque et seule persistait une force musculaire très réduite des muscles fessiers. Dans le membre inférieur gauche, il existait une perte modérée de la force musculaire et une atonie intéressant les fessiers, le quadriceps, et les muscles péroniers et du mollet. A la fin de juillet, 60 jours après le début des parésies, la jambe gauche semblait redevenue normale et la force des muscles de la cuisse droite s'était nettement améliorée; cependant, il persistait une paralysie des muscles de la jambe.

Les résultats de laboratoire étaient les suivants: liquide céphalo-rachidien (LCR) examiné pendant la phase aiguë en Thaïlande: 90 leucocytes avec 93% de mononucléaires et 7% de polynucléaires (on ne sait pas si le taux d'albumine dans le LCR a été mesuré). Dans un échantillon de selles prélevé le 22 juin, le virus poliomyélitique du type 1 a été isolé et plus tard reconnu comme étant un virus sauvage par les *Centers for Diseases Control* (CDC). Dans du sérum prélevé le 27 juin et dans lequel ont été recherchés les anticorps fixant le complément, les titres suivants ont été déterminés: type 1, 1:16, et types 2 et 3, <1:8. L'électromyogramme et l'examen de la vitesse de conduction effectués le 26 juin, pendant l'amélioration clinique, ont montré des signes étendus de dénerivation dans les muscles de la jambe droite. Le bilan de l'immunocompétence, comprenant les taux d'IgM et d'IgG de même qu'une immunoelectrophorèse quantitative, était normal dans un prélèvement de sang datant du 27 juin.

La mère de la malade s'est souvenue que sa fille avait reçu 3 injections de vaccin Salk, à la fin des années 50 et une dose de vaccin Sabin dans un dispensaire public de Californie au début des années 60, mais elle ne possédait pas de certificat. La malade n'a pas pris de dose de vaccin antipoliomyélitique avant son voyage au Népal et ne s'est souvenue d'aucune épidémie de maladie paralytique ou de contact avec des personnes récemment vaccinées pendant son voyage au Népal et en Birmanie.

NOTE DE LA RÉDACTION DU CALIFORNIA MORBIDITY: Il faut considérer que les voyageurs se rendant dans des pays où la poliomyélite est endémique risquent d'être exposés au virus poliomyélitique sauvage. Même les personnes ayant déjà reçu une première série de vaccin, devraient recevoir un rappel avant de voyager dans ces régions. Les adultes qui ont eu précédemment une série complète de vaccin antipoliomyélitique buccal (VPO), devraient recevoir une nouvelle dose. (La nécessité de doses supplémentaires de VPO n'a pas été démontrée.) Les adultes qui ont déjà eu une série complète de vaccin antipoliomyélitique inactivé (VPI), devraient recevoir une dose, soit de VPI, soit de VPO. Si le VPI est utilisé, des doses supplémentaires peuvent être données tous les 5 ans si le sujet reste exposé à un risque accru (mais la nécessité de ces doses supplémentaires n'a pas été démontrée).

NOTE DE LA RÉDACTION: Cet incident souligne la nécessité d'attirer l'attention des personnes se rendant dans des pays où le risque de poliomyélite est élevé sur la responsabilité qui est la leur de s'assurer qu'elles sont correctement vaccinées. Des informations sur ces pays figurent dans la brochure «*Certificats de vaccination exigés et conseils d'hygiène pour les voyages internationaux*» publiée par l'OMS.

PROGRAMME ÉLARGI DE VACCINATION

Accélération du programme

COLOMBIE. - Une campagne nationale de vaccination en 3 étapes a été menée de juin à août 1984. Trois vaccins ont été administrés: le vaccin antipoliomyélitique, le DTC (triple vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche) et le vaccin antirougeoleux, cela afin d'élargir la couverture et réduire la morbidité et la mortalité attribuables à ces maladies chez les enfants de moins de 5 ans. En même temps, une étude a été

centre in Cali to assess the gains in coverage achieved by the campaign. The third immunization day was also used to determine the response to the immunization campaign messages transmitted through the different communications media.

Using an adapted cohort technique it was found that the overall coverage was high (more than 70% of susceptible children up to and including those 3 years of age) and that the campaign had accounted for a coverage increase of slightly over 20% with the vaccines mentioned. Moreover, it was found that the public received the campaign message in a larger proportion (57%) through the mass media than through other means (local and institutional). Of those who took their children to be vaccinated, 43% were persuaded to do so by the mass media. These findings bring out the importance of the mass media as a complement to the local and institutional media in attracting people to campaigns of this kind.

(Based on/D'après: *Boletín de la Oficina sanitaria panamericana*, Vol. 101, No. 1, July/juillet 1986.)

ABUSE OF NARCOTIC AND PSYCHOTROPIC SUBSTANCES IN LATIN AMERICA AND THE CARIBBEAN PART II¹

Tranquillizers

The nonmedical use of psychotropic substances is less widely publicized than that of illicit narcotics and other drugs, but this does not make it any less of an issue. In most Latin American countries benzodiazepine and its derivatives are among the leading profit-making compounds prepared by the pharmaceutical industries. However, no solid data are available on national patterns of nonmedical use of psychopharmacological drugs. Youth surveys show it is lower than that of marijuana, but on a par with the use of stimulants. At least 2 countries (Chile and Colombia) have recently designed drug control monitoring systems that will become operative shortly. Useful data should soon be forthcoming from these systems.

Clinical experience and anecdotal data show different patterns of abuse for tranquilizers and other psychotropic drugs. They seem to be predominantly abused by adults rather than young people, and by women rather than by men.

Stimulants

Cocaine use has already been described as an emerging trend in the Region. In addition, there are other kinds of stimulants—mostly amphetamines and their derivatives—commonly abused by 2 different groups: students, who use them occasionally to reduce fatigue during examinations, or for other reasons; and women, who take them to lose weight (amphetamines are medically used as an appetite suppressant). Polydrug users also take stimulants as part of their mixed consumption of drugs. The use of these drugs is as difficult to assess as the use of tranquilizers, and it is hoped that the drug control and surveillance systems now in preparation in Chile and Colombia will shed light on the subject.

The use of amphetamines seems to be more extensive in large towns with sizeable high school and university student populations. Argentina, Brazil, Mexico, and Peru have communicated high rates of consumption among such groups. During the early 1970s there was an upsurge in the use of methyl-dextro-amphetamines (MDA) and other very potent substances in North America. Its present decrease is perhaps due to the realization by users of the high toxicity of such chemicals, especially when used intravenously.

Solvent inhalation

In the last decade, the sniffing of glue and other volatile solvents has increased throughout large cities in Latin America, especially among younger children in the lower socioeconomic strata. A group from the University of Chile studied the clinical background and psychopathology of solvent abusers in Santiago, finding a high percentage of social problems and family dysfunction among them. Of the 33 children studied, most were slum dwellers, had sociopathic tendencies, and responded well to social rehabilitation techniques. Some had severe psychopathologies requiring specialized treatment. Systematic collection of data on solvent inhalation

effectuée dans un centre de santé de Cali afin d'estimer les résultats de la campagne sous l'aspect de l'élargissement de la couverture. On a également profité de la troisième étape de vaccination pour examiner comment le message transmis par les différents moyens de communication au sujet de la campagne de vaccination avait été perçu par les usagers.

Par une technique de cohortes adaptée, on a observé que les couvertures obtenues atteignaient un niveau élevé (plus de 70% des enfants vulnérables jusqu'à 3 ans révolus) et que la campagne avait permis d'obtenir une augmentation de la couverture d'un peu plus de 20% pour les vaccins mentionnés. D'autre part, on a observé que la principale source du message d'information du public concernant la campagne de vaccination avait été les médias (57%), dépassant les moyens de communication locaux et institutionnels. Quant à l'influence des médias sur la décision des usagers de faire vacciner leurs enfants, elle a été de 43%. Ces résultats mettent en relief l'importance des médias, ajoutés aux moyens locaux et institutionnels, pour éveiller l'intérêt de la population à l'égard de ce type de campagne.

L'ABUS DES STUPÉFIANTS ET DES SUBSTANCES PSYCHOTROPES EN AMÉRIQUE LATINE ET DANS LES CARAÏBES PARTIE II¹

Tranquillisants

L'emploi non médical des substances psychotropes ne fait pas l'objet d'une aussi grande publicité que celui des stupéfiants et autres drogues illicites, mais cela ne signifie aucunement qu'il s'agisse d'un moindre problème. Dans la plupart des pays d'Amérique latine, la benzodiazépine et ses dérivés sont, parmi tous les composés fabriqués par les industries pharmaceutiques, ceux qui constituent leurs principales sources de bénéfices. Toutefois, on ne dispose pas de données solides au niveau national sur les tableaux d'utilisation non médicale des substances psychopharmacologiques. Il ressort des enquêtes portant sur la jeunesse que ces substances sont moins utilisées que la marijuana, mais à égalité avec les stimulants. Deux pays au moins (le Chili et la Colombie) ont mis au point récemment pour le contrôle des drogues des systèmes de surveillance qui seront bientôt en exploitation. Ces systèmes devraient fournir prochainement des données très utiles.

Il ressort de l'expérience clinique et de données épisodiques que le tableau de l'usage abusif est différent pour les tranquillisants et pour les autres substances psychotropes. Il semble que l'abus des tranquillisants soit surtout le fait d'adultes plutôt que de jeunes et de femmes plutôt que d'hommes.

Stimulants

L'utilisation de la cocaïne a déjà été décrite en tant que tendance nouvelle dans la Région. En outre, il existe d'autres types de stimulants, s'agissant principalement des amphetamines et de leurs dérivés, qui font couramment l'objet d'un abus chez 2 catégories de consommateurs: les étudiants, qui en absorbent occasionnellement pour combattre la fatigue en période d'examen, ou pour d'autres raisons; et les femmes, qui les prennent pour perdre du poids (les amphetamines sont utilisées en médecine pour supprimer l'appétit). Les polytoxicomanes prennent eux aussi des stimulants dans le cadre de leur consommation mixte de drogues. L'emploi de ces drogues est aussi difficile à évaluer que celui des tranquillisants et il faut espérer que les systèmes de surveillance et de contrôle des drogues actuellement en cours de mise au point au Chili et en Colombie permettront de faire la lumière sur cette question.

Il semble que la consommation d'amphetamines soit plus étendue dans les grandes villes comptant une forte population de lycéens et d'étudiants. L'Argentine, le Brésil, le Mexique et le Pérou ont signalé des taux de consommation élevés parmi ces catégories. Au début des années 70, on avait enregistré en Amérique du Nord une forte augmentation de la consommation de méthyl-dextro-amphetamines (MDA) et d'autres substances extrêmement actives. La diminution actuelle de cette consommation est peut-être due au fait que les usagers ont pris conscience de la forte toxicité de ces substances chimiques, surtout quand elles sont administrées par voie intraveineuse.

Inhalation de solvants

Depuis une dizaine d'années l'inhalation de la colle et d'autres solvants volatils s'est considérablement développée dans toutes les grandes villes d'Amérique latine, surtout chez les jeunes enfants des couches les plus pauvres de la population. Une équipe de l'Université du Chili a étudié les antécédents cliniques et la psychopathologie des sujets qui reniflent des solvants à Santiago et elle a découvert un fort pourcentage de problèmes sociaux et de troubles familiaux. La plupart des 33 enfants inclus dans l'étude habitaient des taudis, accusaient des tendances sociopathiques et réussissaient bien aux techniques de réadaptation sociale. Certains étaient atteints d'états psychopathologiques graves nécessitant un traitement

¹ Part I appeared in No. 47, 1986, pp. 366-367.

¹ La Partie I a été publiée dans le N° 47, 1986, pp. 366-367.

is very difficult because most of the consumers are outside the formal education system. However, it has been estimated that 7-10% of Santiago slum children abuse solvents occasionally and 1% use them frequently.

Comments and conclusions

In the face of general concern about increased drug abuse in Latin America and the Caribbean, the present review highlights the lack of systematic evidence available to either substantiate or disprove that assumption. No general population surveys have been conducted except in 2 countries, and even those do not encompass representative population samples, since they focus only on large cities such as Mexico City and Lima.

Most available studies focus on drug consumption among youth, and more specifically, among students. There have been many surveys of drug use in isolated schools and universities, but few of representative samples of school and university systems in particular cities or geographical locations. There are minimal, if any, data on drug consumption among adolescents outside the formal educational system.

Surveys of other special groups include patients treated for drug abuse, psychiatric populations, and children or young persons who have been in trouble with the law. The main problem with these group studies is the difficulty of generalizing their findings to more extensive populations. Often, however, they seem to be the only available source of data. In-depth descriptive studies on specific substances (coca paste abuse in Bolivia, Colombia and Peru, and solvent abuse in Chile) have provided useful information about clinical and anthropological aspects of emergent forms of drug abuse.

Cross-cultural studies are especially valuable because they facilitate comparative estimates of drug consumption between countries or subregions. Unfortunately, there are very few cross-cultural studies using common frameworks and data collection systems, and the majority are limited to Mexico and the United States, or Canada. These have shown that Mexico has a much lower consumption level of most chemicals than the rest of North America. It would be most valuable to have more comparisons of this kind, including other countries.

In spite of the different data-collection schedules, most results tend to cluster, showing that alcohol and tobacco are the most ordinarily used (and abused) legal and culturally accepted chemicals. The nonmedical utilization of psychotropic substances such as tranquilizers and stimulants appears to be next in frequency. The consumption of these drugs seems to concentrate in large metropolitan areas. The 4 above-mentioned substances are consumed mainly by adults, but their use is increasing among younger age groups. Marijuana is the most frequently abused illegal substance throughout the Region. It is consumed typically by urban middle-class youth, except in countries such as Brazil and Jamaica, where it has a long tradition among peasants and is therefore culturally accepted. In most countries, however, its use spread in the 1960s, becoming a worldwide epidemic.

Cocaine consumption is also very familiar within the confines of the Andean subregion (Bolivia, Peru, northern Argentina and Chile, Ecuador, parts of Brazil and Colombia). Traditional coca growers and producers have attempted to discourage that practice: however, coca leaf chewing endures as a traditionally accepted habit and coca paste smoking has become an increasingly troublesome issue for them.

Polydrug, or multiple drug, abuse is another poorly researched subject. Anecdotal reports point to the concentration of that habit in small, well-identified groups with clearly distinguishable social and psychological characteristics. Such reports have been ascertained in regard to heavy alcohol and solvent use in Chile and this knowledge may lead to the development of approaches for the identification of high-risk individuals in different populations.

The literature reviewed has permitted a clear differentiation of the following subgroups among drug users:

- Traditional drug users in rural areas, who consume coca leaf, *maconha* and hallucinogenic fungi for culturally accepted reasons. Nutritional and native religious practices have been important factors reinforcing these habits.

spécialisé. Il est très difficile de recueillir systématiquement des données sur l'inhalation des solvants parce que la plupart des consommateurs ne sont pas régulièrement scolarisés. Néanmoins, on a estimé que 7 à 10% des enfants habitant les taudis de Santiago abusent des solvants occasionnellement et que 1% d'entre eux en reniflent souvent.

Observations et conclusions

Eu égard à la crainte générale d'un accroissement de l'abus des drogues en Amérique latine et dans les Caraïbes, le présent exposé met en lumière l'absence de preuves systématiques permettant de confirmer ou de rejeter cette hypothèse. Seuls 2 pays ont effectué des enquêtes sur la population générale et même celles-ci ne comprennent pas des échantillons de population représentatifs puisqu'elles sont axées uniquement sur des grandes villes comme Mexico et Lima.

La plupart des études disponibles mettent l'accent sur la consommation de drogue chez les jeunes, et plus particulièrement chez les étudiants. Il existe de nombreuses enquêtes individuelles sur l'utilisation de la drogue dans des écoles ou des universités, mais rares sont celles qui comportent des échantillons représentatifs de certains ensembles scolaires ou universitaires dans des villes ou des lieux géographiques déterminés. Les données sur la consommation de drogue parmi les adolescents non scolarisés sont minimales, voire inexistantes.

Les enquêtes sur d'autres groupes particuliers portent notamment sur les malades soignés pour toxicomanie, les patients dans les établissements psychiatriques et les enfants ou jeunes gens qui ont eu des démêlés avec la justice. Le problème principal avec ces études catégorielles réside dans le fait qu'il est difficile d'en extrapoler les conclusions à la population générale. Pourtant, bien souvent ces études sont les seules sources de données que l'on possède. Des études descriptives approfondies consacrées à certaines substances (abus de la pâte de coca en Bolivie, en Colombie et au Pérou et abus des solvants au Chili) ont fourni des renseignements utiles sur les aspects cliniques et sociologiques des nouvelles formes d'abus des drogues.

Les études transculturelles sont particulièrement utiles parce qu'elles facilitent les estimations comparatives de la consommation des drogues entre pays ou sous-régions. Malheureusement, très rares sont les études transculturelles reposant sur le même contexte et le même système de collecte des données, et elles sont limitées pour la plupart au Mexique et aux Etats-Unis, ou encore au Canada. Il ressort de ces études qu'au Mexique, pour la plupart des substances chimiques, le niveau de consommation est beaucoup plus faible que dans le reste de l'Amérique du Nord. Il serait précieux d'obtenir davantage de comparaisons de ce genre, englobant d'autres pays.

En dépit des différents systèmes de collecte des données, la plupart des résultats tendent à former des grappes, et l'on constate que parmi les substances chimiques admises du point de vue légal et culturel, l'alcool et le tabac sont celles dont l'utilisation et l'abus sont le plus répandus. Semble venir ensuite par ordre de fréquence l'emploi non médical de substances psychotropes telles que les tranquillisants et les stimulants. La consommation de ces drogues serait concentrée dans les grandes agglomérations. Les 4 substances susmentionnées sont consommées principalement par les adultes, mais leur utilisation se développe aussi parmi les groupes moins âgés. La marijuana est la substance illégale faisant le plus fréquemment l'objet d'un abus dans toute la Région. Elle est consommée typiquement par les jeunes citadins des classes moyennes, sauf dans des pays comme le Brésil et la Jamaïque où la marijuana est consommée de longue date par les paysans et, de ce fait, est admise du point de vue culturel. Dans la plupart des pays, toutefois, son emploi s'est étendu dans les années 60, provoquant une épidémie dans le monde entier.

La consommation de cocaïne est également très répandue dans le périmètre de la sous-région andine (Bolivie, Pérou, régions septentrionales de l'Argentine et du Chili, Equateur, certaines parties du Brésil et Colombie). Les cultivateurs et producteurs traditionnels de coca ont cherché à mettre fin à cette pratique; toutefois, la mastication de la feuille de coca persiste en tant qu'habitude traditionnellement admise et la consommation de pâte de coca que l'on fume comme du tabac pose à ces producteurs un problème de plus en plus sérieux.

La polytoxicomanie est un autre domaine qui n'a pas fait l'objet de beaucoup de recherches. Selon des rapports épisodiques, cette habitude serait uniquement le fait de petits groupes bien identifiés et dotés de caractéristiques sociales et psychiques faciles à distinguer. Ces rapports ont été confirmés en ce qui concerne l'emploi abusif de l'alcool et des solvants au Chili, et les découvertes faites à ce sujet aboutiront peut-être à des méthodes permettant d'identifier les individus à haut risque dans différentes populations.

L'examen de la littérature a permis de différencier clairement les sous-groupes ci-après parmi les consommateurs de drogue:

- Les usagers traditionnels dans les zones rurales, qui consomment la feuille de coca, le *maconha* et des champignons hallucinogènes pour des raisons admises sur le plan culturel. Ces habitudes ont été renforcées par des facteurs nutritionnels et par certaines pratiques religieuses des autochtones.

- Middle- and upper-class individuals, usually young adults, of large metropolitan areas, who follow international trends and fashions in drug use. These were the typical users of LSD in the 1960s, MDA in the 1970s, and cocaine in the 1980s.
- Poorly educated slum dwellers, for whom chemical stimulants are part of their "poverty life-style." They inhale solvents as children and drink alcohol heavily later in life.

The technology needed to conduct methodologically adequate studies, which can further illuminate some of these areas, is available and has been systematically disseminated by WHO. The United States National Institute on Drug Abuse (NIDA) has also devoted several publications to the methodology of international drug abuse and trend studies. There are several research groups in Latin America and the Caribbean that could collaborate in a joint effort to study this area. WHO has outlined projects and activities on prevention and other drug dependence aspects. However, their effectiveness depends on an accurate assessment of the extent of specific drug consumption in each country and a realistic awareness of the local situation.

Some research groups have published adequately designed studies in Brazil, Chile, Colombia, Costa Rica, Mexico, and Peru. There may be others, not mentioned in this review, that could participate in the challenge of improving the amount and quality of information on drug use in the countries of the Americas.

Bibliographical references on this topic may be requested from the Health of Adults Program (HPA), Pan American Health Organization, 525, 23rd Street, N. W., Washington, DC 20037 USA.

Based on/D'après: PAHO Epidemiological Bulletin, Vol. 7, No. 2, 1986.)

BIOLOGICALS

Potential problem with unitage of the International Standard of rabies immunoglobulin

There is preliminary evidence suggesting that the results of titration of human rabies immunoglobulin, or anti-rabies animal sera may be influenced by assay methods, and that relative potencies of such biological preparations may be underestimated when the Rapid Focus Fluorescence Inhibition Test (RFFIT) is used as compared with the mouse neutralization test (MNT) formerly used. The practical consequence is that patients undergoing active-passive post-exposure treatment against rabies may receive excessive quantities of immunoglobulins when such immunoglobulins have been assayed directly or indirectly in comparison with the International Standard of rabies immunoglobulin. The administration of excessive amounts of rabies immunoglobulin might impair the development of a satisfactory immune response to the vaccine.

WHO is initiating a collaborative study to evaluate potential problems related to the testing of potency of rabies immunoglobulin and anti-rabies sera, but it is likely to require several months to complete. WHO is therefore:

1. Advising that the International Standard of rabies immunoglobulin be considered *only as a reference reagent of unknown potency* until further notice.
2. Advising manufacturers, wherever possible, to use as reference in their assay anti-rabies biological materials which have been calibrated by the MNT against the previous WHO horse serum anti-rabies Standard.
3. Trying to secure such material in order to make it available for distribution until after the collaborative study is completed and the results are discussed.
4. Suggesting manufacturers use the MNT method in the assay of rabies immunoglobulin or anti-rabies sera until further notice.

INFLUENZA

UNITED STATES OF AMERICA (20 November 1986). —¹ Influenza A(H1N1) virus was isolated in association with institutional outbreaks in Florida, Massachusetts and New York City during the first 2 weeks of November. Sporadic cases have been reported from Hawaii, Oregon and Texas. In addition, sporadic cases of influenza B have been reported from California and Texas.

¹ See No. 44, 1986, p. 344.

- Les jeunes adultes faisant partie de la bourgeoisie des grandes agglomérations, qui suivent les tendances et la mode internationales en ce qui concerne l'usage de la drogue. Tels étaient typiquement les sujets consommant le LSD dans les années 60, les MDA dans les années 70 et la cocaïne dans les années 80.
- Les habitants des taudis sans instruction, pour lesquels les stimulants chimiques font partie du « mode de vie de la misère ». Enfants, ils reniflent des solvants et, plus tard dans la vie, ils abusent de l'alcool.

Les techniques nécessaires pour mener des études satisfaisantes sur le plan méthodologique, qui permettraient de faire davantage la lumière sur certains aspects du problème, existent et ont été systématiquement diffusées par l'OMS. Le *National Institute on Drug Abuse* (NIDA) des Etats-Unis a également consacré plusieurs publications à la méthodologie des études internationales sur l'abus des drogues et des tendances. Il existe en Amérique latine et dans les Caraïbes plusieurs groupes de recherche qui pourraient collaborer à un effort commun pour étudier ce domaine. L'OMS a esquissé des projets et des activités sur la prévention et d'autres aspects de la pharmacodépendance. Toutefois, leur efficacité nécessite une évaluation précise de l'ampleur de la consommation de telle ou telle drogue dans chaque pays et une connaissance exacte de la situation sur place.

Quelques groupes de recherche ont fait paraître des études bien conçues au Brésil, au Chili, en Colombie, au Costa Rica, au Mexique et au Pérou. Peut-être en existe-t-il d'autres, non mentionnés dans le présent article, qui pourraient participer à cet effort en vue d'améliorer quantitativement et qualitativement l'information sur l'usage des drogues dans les pays de la Région des Amériques.

On peut se procurer une bibliographie sur la question en s'adressant au *Health of Adults Program* (HPA) de l'Organisation panaméricaine de la Santé, 525, 23rd Street, N. W., Washington, DC 20037 Etats-Unis d'Amérique.

SUBSTANCES BIOLOGIQUES

Problème posé par la détermination de l'activité en UI de l'étalon international d'immunoglobuline antirabique

D'après des observations récentes, il apparaît que les résultats du titrage de l'immunoglobuline antirabique humaine ou des sérums antirabiques d'origine animale peuvent dépendre des méthodes utilisées, et que l'activité relative de ces préparations biologiques pourrait être sous-estimée lorsqu'on applique l'épreuve rapide d'inhibition des foyers de fluorescence, plutôt que l'épreuve de neutralisation sur la souris. La conséquence pratique en est que les malades qui reçoivent un traitement antirabique sérovaccinal après exposition peuvent recevoir des quantités excessives d'immunoglobulines lorsque ces dernières ont été titrées directement ou indirectement par rapport à l'étalon international d'immunoglobuline antirabique. L'administration en trop grande quantité d'immunoglobuline antirabique peut nuire à l'établissement d'une réponse immunitaire satisfaisante au vaccin.

L'OMS démarre actuellement une étude concertée destinée à examiner les problèmes liés au dosage des immunoglobulines et sérums antirabiques, mais il est probable que sa réalisation demandera plusieurs mois. Par conséquent, l'OMS:

1. Recommande que l'étalon international d'immunoglobuline antirabique ne soit plus considéré *que comme un réactif de référence d'activité inconnue*, jusqu'à plus ample informé.
2. Recommande aux fabricants d'utiliser dans la mesure du possible comme substance de référence pour leurs titrages, du matériel biologique antirabique ayant été étalonné suivant l'épreuve de neutralisation sur la souris par rapport au sérum antirabique équivalent (ancien étalon de l'OMS).
3. S'efforce de rassembler un tel type de matériel de manière à pouvoir le distribuer en attendant la fin de l'étude concertée et l'analyse de ses résultats.
4. Suggère aux fabricants d'employer l'épreuve de neutralisation sur la souris pour titrer l'immunoglobuline ou les sérums antirabiques jusqu'à plus ample informé.

GRIPPE

ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE (20 novembre 1986). —¹ Le virus grippal A(H1N1) a été isolé en rapport avec des flambées dans des institutions en Floride, au Massachusetts et dans la ville de New York au cours des 2 premières semaines de novembre. Des cas sporadiques ont été signalés à Hawaï, dans l'Oregon, et au Texas. En outre, des cas sporadiques de grippe B ont été signalés en Californie et au Texas.

¹ Voir N° 44, 1986, p. 344.

Health administrations are reminded that the telegraphic address **Epidnations Geneva (Telex 27821)** should be used for all notifications to WHO 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 de toute notification de maladies transmissibles sous surveillance internationale ainsi que 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.

AUTOMATIC TELEX REPLY SERVICE for Latest Available Information on Communicable Diseases Telex Number 28150 Geneva Exchange identification codes and compose: ZCZC ENGL (for reply in English) ZCZC FRAN (for reply in French)	SERVICE AUTOMATIQUE DE RÉPONSE PAR TÉLEX pour les dernières informations sur les maladies transmissibles Numéro de télex 28150 Genève Faire échange d'indicatifs et composer le code: ZCZC ENGL (pour une réponse en anglais) ZCZC FRAN (pour une réponse en français)
---	--

RENEWAL OF PAID SUBSCRIPTIONS To ensure that you continue to receive the <i>Weekly Epidemiological Record</i> without interruption, do not forget to renew your subscription for 1987. This can be done through your sales agent. For countries without appointed sales agents, please write to: World Health Organization, Distribution and Sales, 1211 Geneva 27, Switzerland. Be sure to include your subscriber identification number from the mailing label. Because of higher postal charges the annual subscription rate will be increased to S.Fr. 140 as from 1 January 1987.	RENOUVELLEMENT DES ABONNEMENTS PAYANTS Pour continuer de recevoir sans interruption le <i>Relevé épidémiologique hebdomadaire</i> , n'oubliez pas de renouveler votre abonnement pour 1987. Ceci peut être fait par votre dépositaire. Pour les pays où un dépositaire n'a pas été désigné, veuillez écrire à l'Organisation mondiale de la Santé, Service de Distribution et de Vente, 1211 Genève 27, Suisse. N'oubliez pas de préciser le numéro d'abonnement figurant sur l'étiquette d'expédition. En raison d'une augmentation des tarifs postaux le coût de l'abonnement annuel sera porté à Fr.s. 140 à partir du 1 ^{er} janvier 1987.
---	--

DISEASES SUBJECT TO THE REGULATIONS - MALADIES SOUMISES AU RÈGLEMENT
Notifications received from 21 to 27 November 1986 - Notifications reçues du 21 au 27 novembre 1986

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 America - Amérique	C	D	Asia - Asie	C	D
UNITED STATES OF AMERICA ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE		20.XI ¹	JAPAN - JAPON	4.IX-23.X	
<i>Nevada State</i>			.....	10i 0	
White Pine County 22.X ²	1 ³	0	.....	1 0	
<i>California State</i>			KUWAIT - KOWEÏT	2-8.XI	
Butte County 20.VI ³	1 ³	0	.....	1i 0	
			.....	21-27.IX	
			.....	1i 0	
			SINGAPORE - SINGAPOUR	9-15.XI	
			.....	2 0	
CHOLERA † - CHOLÉRA † Africa - Afrique	C	D			
SOMALIA - SOMALIE		1-7.XI			
.....		9 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.

There have been no notifications of newly infected areas or areas removed
 Aucune notification de zones nouvellement infectées ou de zones supprimées n'a été reçue.