



WEEKLY EPIDEMIOLOGICAL RECORD

RELEVÉ EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE

17 MARCH 1995 • 70th YEAR

70^e ANNÉE • 17 MARS 1995

CONTENTS		SOMMAIRE	
Tuberculosis	73	Tuberculose	73
Dracunculiasis	77	Dracunculose	77
Food microbiology – Course announcement	78	Microbiologie des aliments – Annonce de cours	78
Influenza	79	Grippe	79
Ports designated in application of the International Health Regulations – Amendments to 1992 publication	80	Ports notifiés en application du Règlement sanitaire international – Amendements à la publication de 1992	80
Diseases subject to the Regulations	80	Maladies soumises au Règlement	80

Tuberculosis

Notifications of new and relapse cases of tuberculosis as reported to WHO by December 1994 have been analysed in the *Tuberculosis Notification Update, December 1994*.¹ Most data were provided by WHO Member States through the WHO Regional and Country Offices or directly from the National Tuberculosis Control Programmes (NTP). In addition, information was obtained through the International Union Against Tuberculosis and Lung Diseases (IUATLD), and through a review of the literature.

In July 1994, WHO Member States and some other countries and territories (a total of 214) were requested to verify and update the data available in WHO, in order to improve the completeness and accuracy of information. By December 1994, 118 countries and territories (55%), corresponding to 62% of the global population, had responded. Data for the most recent years were sometimes incomplete but alternative sources of information improved the coverage. As a result, data are available from countries covering 51% of the global population for 1993, 1992 (59%), 1991 (77%) and 1990 (96%). Trend assessments presented below have been produced by comparing the average annual notifications in the period 1984-1986 and 1990-1993.

Data on tuberculosis case notifications must be interpreted with caution because they reflect both case-finding and reporting activities of the NTP. In many instances, the performance of the NTP is poor, thus reducing the reliability of reported figures. In addition, case definitions vary among countries. This is a reason for presenting data on *all* cases (new and relapses), rather than new cases only, which are not readily available in some countries. Although case notifications do not always reflect incidence trends, they may be a reasonable proxy of the trend of the inci-

¹ The update (ref. WHO/TUB/95.182) is available in English only (French version in preparation) upon request from the Programme Manager, Tuberculosis Programme, World Health Organization, CH-1211 Geneva 27, Switzerland; fax 4122-791 41 99. It can also be ordered via E-mail (Internet): RAVIGLIONE@WHO.CH.

Tuberculose

Les cas nouveaux et les rechutes de tuberculose notifiés à l'OMS en décembre 1994 ont été analysés dans *Tuberculosis Notification Update, December 1994* (Notification des cas de tuberculose: mise à jour, décembre 1994).¹ La plupart des données ont été communiquées par les Etats Membres de l'OMS, soit par l'intermédiaire des Bureaux régionaux et de pays, soit directement par les programmes nationaux de lutte contre la tuberculose. Des renseignements ont en outre été fournis par l'Union internationale contre la Tuberculose et les Maladies respiratoires et par l'examen régulier de la littérature sur le sujet.

En juillet 1994, on a demandé aux Etats Membres de l'OMS et à quelques autres pays et territoires (214 au total) de vérifier et de mettre à jour les données dont dispose l'OMS, afin d'avoir des informations plus complètes et plus précises. En décembre 1994, 118 pays et territoires (55%) avaient répondu, représentant 62% de la population mondiale. Les données pour les années les plus récentes étaient parfois incomplètes mais d'autres sources d'information ont permis d'améliorer la couverture. On possède donc des données en provenance de pays représentant 51% de la population mondiale pour 1993, 1992 (59%), 1991 (77%) et 1990 (96%). On a procédé aux appréciations de tendances présentées ci-dessous en comparant les nombres moyens de cas notifiés chaque année pour 1984-1986 et pour 1990-1993.

Les données relatives aux notifications des cas de tuberculose doivent être interprétées avec prudence car elles résultent à la fois des opérations de dépistage et des activités de notification des programmes nationaux de lutte contre la tuberculose. L'efficacité de ces programmes laisse souvent à désirer, ce qui réduit d'autant la fiabilité des chiffres notifiés. Par ailleurs, les définitions de cas varient suivant les pays. C'est pour cette raison qu'ont été pris en compte les rapports concernant *tous* les cas (cas nouveaux et rechutes) et non les seuls rapports sur les cas nouveaux, difficiles à obtenir dans certains pays. Bien que les notifications ne reflètent

¹ Ce document (réf. WHO/TUB/95.182) peut être obtenu en anglais (prochainement en français) sur demande adressée à l'Administrateur du Programme de la Tuberculose, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse, fax: 4122 791 41 99. Il peut également être commandé par courrier électronique (Internet): RAVIGLIONE@WHO.CH

dence of tuberculosis in many developed and some developing countries with well established NTP.

Table 1 and Fig. 1 present tuberculosis case notifications and the corresponding rates per 100 000 population by WHO Region, comparing the average of 1984-1986 and that of 1990-1993, with the percentage change between the two periods (Table 1). Overall, an average 3.8 million cases of TB were reported annually in the period 1990-1993: 48.6% in the South-East Asia Region, 20.6% in the Western Pacific Region, 11.0% in the African Region, 6.9% in the Eastern Mediterranean Region, 6.6% in the European Region and 6.2% in the Region of the Americas. The national notification averages for the 1990-1993 period, categorized in low, medium and high levels of notifications, are illustrated in Map 1.

pas toujours l'évolution de l'incidence, elles peuvent en donner une idée raisonnable dans beaucoup de pays développés et quelques pays en développement où les programmes nationaux de lutte sont bien établis.

Le Tableau 1 et la Fig. 1 présentent le nombre de cas de tuberculose notifiés et les taux correspondants pour 100 000 habitants par Région OMS; on a comparé la moyenne pour la période 1984-1986 à celle pour 1990-1993 et indiqué l'évolution en pourcentage entre les deux périodes (Tableau 1). Dans l'ensemble, 3,8 millions de cas de tuberculose en moyenne ont été signalés chaque année pendant la période 1990-1993: 48,6% dans la Région de l'Asie du Sud-Est, 20,6% dans la Région du Pacifique occidental, 11,0% dans la Région africaine, 6,9% dans la Région de la Méditerranée orientale, 6,6% dans la Région européenne et 6,2% dans la Région des Amériques. La Carte 1 présente la moyenne des notifications par pays pour la période 1990-1993, en fonction du taux (faible, moyen ou élevé) des notifications.

Table 1 Average annual tuberculosis notifications, by WHO Region, 1984-1986 and 1990-1993

Tableau 1 Notifications moyennes annuelles des cas de tuberculose, par Région OMS, 1984-1986 et 1990-1993

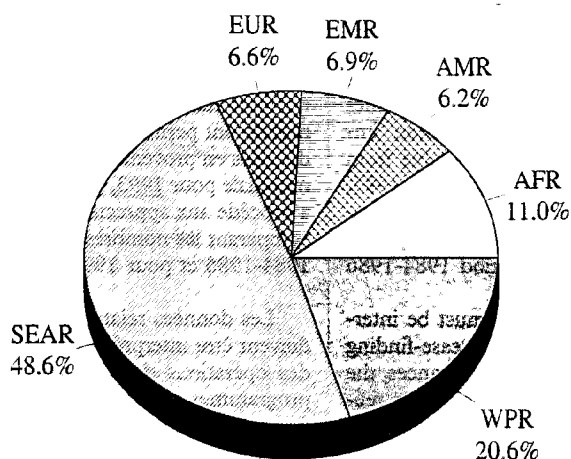
WHO Region Région OMS	1984-1986		1990-1993		Percentage change Evolution en pourcentage	
	Cases ^a - Cas ^a	Rate ^b - Taux ^b	Cases - Cas	Rate - Taux	Cases - Cas	Rate - Taux
Africa - Afrique	273 825	67.9	414 542	79.3	51.4	16.8
Americas - Amériques	227 232	34.2	235 794	32.1	3.8	-6.2
Eastern Mediterranean - Méditerranée orientale	213 534	65.0	261 284	66.2	22.4	1.7
Europe	304 415	37.0	251 032	29.5	-17.5	-20.4
South-East Asia - Asie du Sud-Est	1 339 896	115.5	1 839 133	141.2	37.3	22.3
Western Pacific - Pacifique occidental	600 195	42.6	781 163	50.4	30.2	18.3
Global - Monde	2 959 097	61.8	3 782 948	70.7	27.8	14.2

^a These numbers reflect additional and revised information received since December 1993 and therefore differ slightly from those reported in *Tuberculosis Notification Update, December 1993* (WHO/TB/94.175) - Ces chiffres diffèrent quelque peu de ceux qui figuraient dans le document *Tuberculosis Notification Update, December 1993* (WHO/TB/94.175) du fait que de nouvelles informations révisées ont été communiquées depuis décembre 1993

^b Per 100 000 population - Pour 100 000 habitants

Fig 1 Percentage distribution of notified tuberculosis cases, by WHO Region, average for 1990-1993

Fig 1 Distribution en pourcentage des cas de tuberculose notifiés, par Région OMS, moyenne pour 1990-1993



Trends between 1984-1986 and 1990-1993

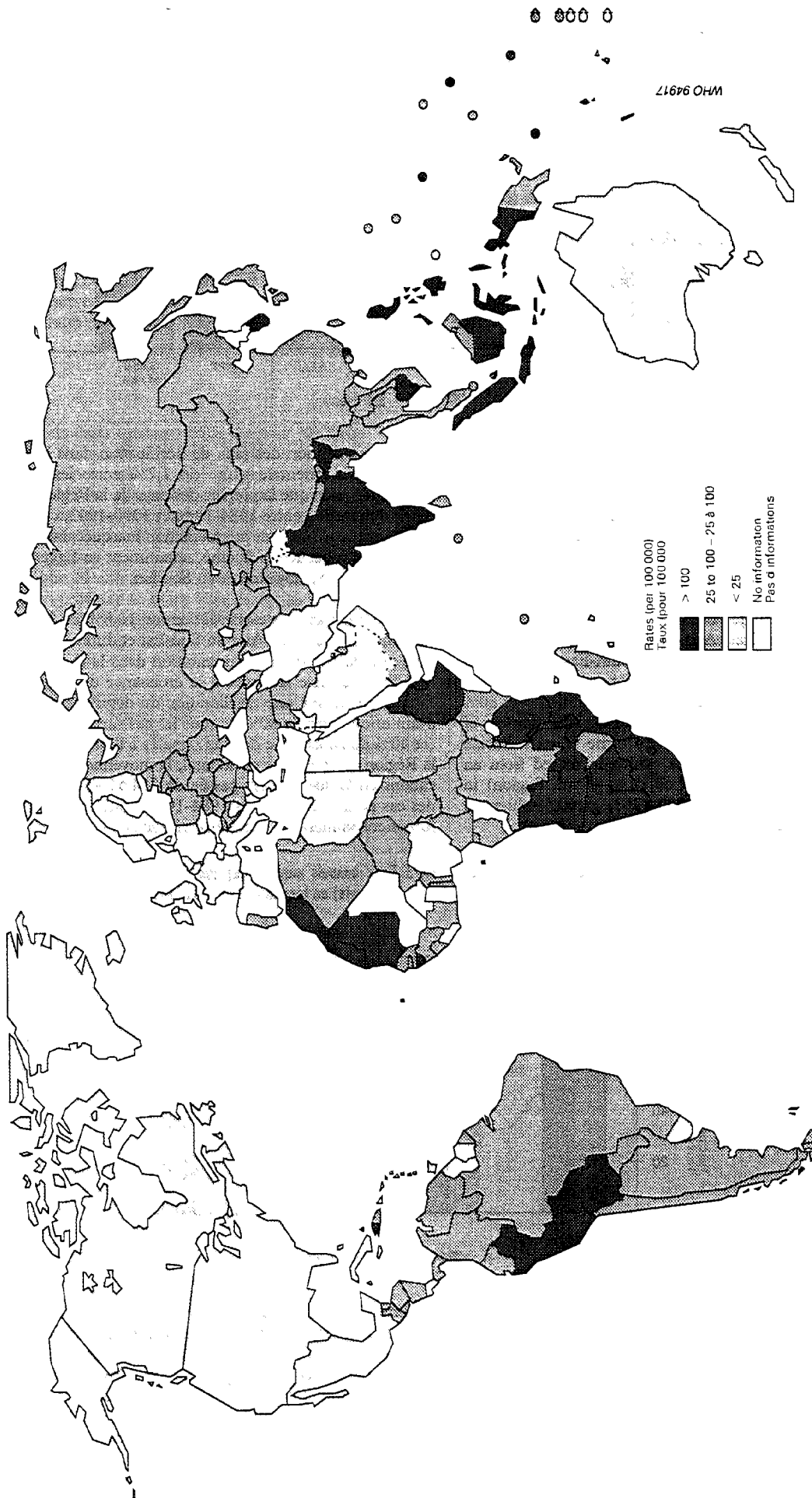
The notification rates (per 100 000 population) increased by 14.2% between the 1984-1986 period and the 1990-1993 period (Table 1, Fig. 2). This increase was shared by all Regions except the Americas and Europe.

Tendance entre 1984-1986 et 1990-1993

Les taux de notification (pour 100 000 habitants) ont augmenté de 14,2% entre la période 1984-1986 et la période 1990-1993 (Tableau 1, Fig. 2); cette augmentation est observée dans toutes les Régions sauf les Amériques et l'Europe.

Carte 1 Taux des cas de tuberculose notifiés, moyenne pour 1990-1993

Map 1 Tuberculosis notification rates, average 1990-1993

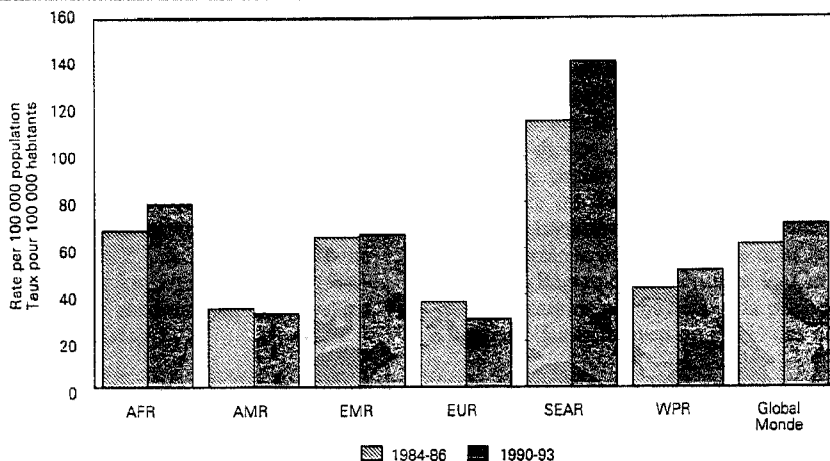


Les désignations utilisées sur cette carte et la présentation des données qui y figurent n'impliquent, de la part de l'Organisation mondiale de la Santé, aucune prise de position quant au statut juridique de tel ou tel pays, territoire, ville ou zone, ou de ses autorités, ni quant au tracé de ses frontières.

The designations employed and the presentation of material on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries.

Fig. 2 Average annual tuberculosis notification rates (per 100 000 population), by WHO Region, 1984-1986 and 1990-1993

Fig. 2 Taux annuels moyens (pour 100 000 habitants) des cas de tuberculose notifiés, par Région OMS, 1984-1986 et 1990-1993



The increase in notification rates in the Eastern Mediterranean Region was 1.7% between the two periods under comparison, although most countries in the Region reported a decrease between the 1984-1986 and the 1990-1993 periods; this decrease was offset by marked increases in countries where notifications have fluctuated widely, notably Egypt, Iraq, the Libyan Arab Jamahiriya and Sudan.

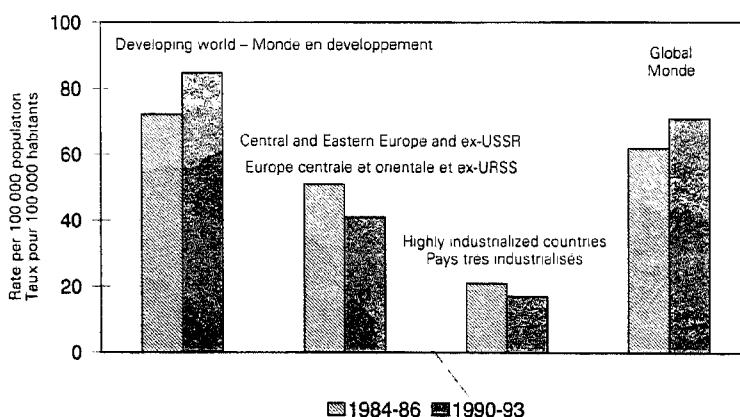
The increase ranged between 16.8% and 22.3% in the African, the South-East Asia and the Western Pacific Regions. Much of the increase in the South-East Asia Region can be ascribed to population growth, but also to improved case finding in India, a country that has notified over 80% of all cases in the Region (and 40% of the total number of cases notified to WHO). Similarly, in the Western Pacific Region, notifications in China, which increased from an average of 214 519 (45% of all cases in the Region) in 1984-1986 to 346 281 in 1990-1993, greatly influenced the regional trend.

L'augmentation des taux de notification dans la Région de la Méditerranée orientale a été de 1,7% entre les deux périodes comparées, bien que la plupart des pays de la Région aient fait état d'une diminution entre 1984-1986 et 1990-1993; cette diminution a été compensée par une augmentation marquée dans les pays où la notification a beaucoup fluctué, notamment en Egypte, en Iraq, en Jamahiriya arabe libyenne et au Soudan.

L'augmentation s'est située entre 16,8% et 22,3% dans les Régions africaine, de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental. Une grande partie de l'augmentation dans la Région de l'Asie du Sud-Est peut être attribuée à la croissance démographique, mais sans doute aussi à une amélioration du dépistage en Inde, ce pays ayant notifié plus de 80% de tous les cas survenant dans la Région (et 40% de l'ensemble des cas signalés à l'OMS). De même, dans la Région du Pacifique occidental, la moyenne annuelle des notifications en Chine, qui est passée de 214 519 (45% de l'ensemble des cas pour la Région) en 1984-1986 à 346 281 en 1990-1993, a fortement influencé la tendance régionale.

Fig. 3 Average annual tuberculosis case notification rates (per 100 000 population) by economic status, 1984-1986 and 1990-1993

Fig. 3 Taux annuels moyens des cas de tuberculose notifiés (pour 100 000 habitants) en fonction de la situation économique, 1984-1986 et 1990-1993



Between the 1984-1986 and the 1990-1993 periods, the average notification rate per 100 000 population decreased by 20.4% in the European Region. This decrease was particularly marked in Central and Eastern Europe and countries of the former USSR which, however, notified a higher number of cases than the Western European countries.¹ Twelve countries (Bulgaria, Denmark, Israel, Italy, Kyrgyzstan, Liechtenstein, Lithuania, Malta, the Netherlands, Romania, Switzerland, and

Entre ces deux périodes, le taux moyen des notifications pour 100 000 habitants a diminué de 20,4% dans la Région européenne. Cette diminution a été particulièrement marquée en Europe centrale et orientale et dans les pays de l'ex-URSS où le nombre de cas signalés est toutefois plus élevé que dans les pays d'Europe occidentale.¹ Douze pays (Bulgarie, Danemark, Israël, Italie, Kirghizistan, Liechtenstein, Lituanie, Malte, Pays-Bas, Roumanie, Suisse et Turkménistan) ont signalé en moyenne un nombre de cas plus élevé pendant la période 1990-1993 qu'au cours de la période

¹ See No 4, 1995, pp 21-24.

¹ Voir N° 4, 1995, pp 21-24

Turkmenistan) reported more cases on average in the 1990-1993 than in the 1984-1986 period; in 3 of these countries (Denmark, Romania and Turkmenistan) the average increased by more than 15%.

The regional average number of cases notified in the Region of the Americas increased by 3.8% from the average notified in the 1984-1986 period. However, because of demographic factors, the case notification rate decreased by 6.2% between the two periods under comparison.

The difference in regional trends between the 1984-1986 and the 1990-1993 periods becomes more evident when the industrialized countries and Eastern and Central Europe and countries of the former USSR are separated from the developing countries. While in the former USSR decreases are observed, in developing countries the average notification rates increased by 17.3% (Fig. 3).

1984-1986; dans 3 de ces pays (Danemark, Roumanie et Turkménistan), la moyenne a augmenté de plus de 15%.

Le nombre moyen des cas notifiés dans la Région des Amériques a augmenté de 3,8% par rapport à la moyenne signalée pendant la période 1984-1986. Cependant, en raison de facteurs démographiques, le taux des notifications a diminué de 6,2% entre les deux périodes comparées.

La différence dans les tendances régionales entre 1984-1986 et 1990-1993 prend davantage de relief lorsque l'on sépare les pays industrialisés, les pays d'Europe orientale et centrale et les pays de l'ex-URSS des pays en développement. Alors que l'on observe des diminutions en ex-URSS, les taux moyens des notifications ont augmenté de 17,3% dans les pays en développement (Fig. 3).

Dracunculiasis

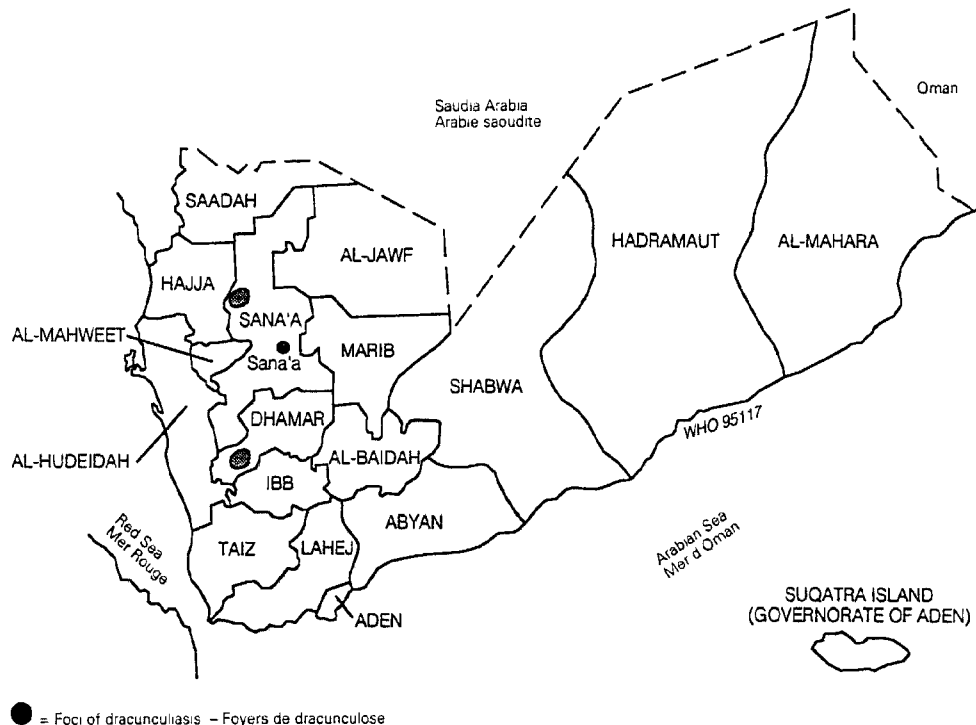
Yemen. Dracunculiasis (guinea-worm disease) has been known in Yemen for hundreds of years. Between the 1950s and the 1970s, reports of calcified worms in Yemens within Yemen or abroad appeared in the biomedical literature. The origin of these cases were Al-Hudeidah, Hajja, and Saadah Governorates (Map 1). Since no confirmed reports of indigenous cases had been received by the Ministry of Public Health for many years and safe water sources had been provided to many villages, it was thought the disease might have disappeared. However, rumours of new cases persisted during the late 1980s and the 1990s.

Dracunculose

Yémen. La dracunculose (maladie due au ver de Guinée) est connue au Yémen depuis des centaines d'années. Entre les années 50 et 70, des rapports faisant état de la présence de vers calcifiés chez des Yéménites au Yémen ou à l'étranger sont parus dans la littérature biomédicale. Ces cas étaient originaires des gouvernorats d'Al-Hudeidah, Hajja et Saadah (Carte 1). Comme aucune notification confirmée de cas indigènes n'avait été communiquée au Ministère de la Santé publique depuis de nombreuses années, et que de nombreux villages avaient été dotés de sources d'eau potable, on pensait que la maladie avait peut-être disparu. Toutefois, des rumeurs de cas nouveaux ont persisté pendant la fin des années 80 et les années 90.

Map 1 Foci of dracunculiasis, Yemen, 1994

Carte 1 Foyers de dracunculose, Yémen, 1994



The designations employed and the presentation of material on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries

Les désignations utilisées sur cette carte et la présentation des données qui y figurent n'impliquent, de la part de l'Organisation mondiale de la Santé, aucune prise de position quant au statut juridique de tel ou tel pays, territoire, ville ou zone, ou de ses autorités, ni quant au tracé de ses frontières

In September 1994, before beginning a national survey for cases of dracunculiasis, the Ministry of Public Health made intensive use of radio, television, and newspapers to broadcast information about the disease, the need to report

En septembre 1994, avant de lancer une campagne nationale de dépistage de la dracunculose, le Ministère de la Santé publique s'est largement servi de la radio, de la télévision et de la presse pour diffuser des informations sur la maladie, insister sur la nécessité de

cases, and the availability of a 2 000 Yemeni rials (US \$25) reward for reporting current (patent) cases to the Ministry of Public Health. These possibilities of rewards are offered by Health and Development International, a non-governmental organization that places at the disposal of countries a sum up to US \$2 000 to accelerate the eradication process. A similar reward is being used in the final stages of the Pakistan Guinea Worm Eradication Programme.¹

As a result of the publicity surrounding this reward, the National Programme Coordinator was notified in early November of multiple cases in Wesab District of Dhamar Governorate. A house-to-house search in 2 suspected villages identified a total of 48 cases (including 27 residents with patent infections). All had obtained drinking-water from 2 wells. Four other cases in 3 nearby villages also stated that they had taken water from the same wells. Intervention measures were instituted immediately, including training of village-based volunteers, health education, cloth filter distribution, and treatment of the wells with temephos.

The national case search formally began in late December 1994. Additional cases were found in 7 villages in Al-Sudah District of Sana'a Governorate. By 31 January 1995, a total of 89 cases of dracunculiasis from 17 endemic villages had been identified. The case search is scheduled to end in March.

(Based on: A report from the Ministry of Public Health.)

Editorial Note (WHO Collaborating Center for Research, Training and Eradication of Dracunculiasis, Atlanta): In May 1993, WHO was requested by the Ministry of Public Health to visit former dracunculiasis endemic areas in order to start the certification process of eradication. During this visit, 2 persons living in villages near Al-Sudah showed scars due to emerging worms. In Radaa Hospital (Al-Baidah Governorate), a surgeon said that he had recently hospitalized 2 patients with emerging worms. The team concluded that transmission most probably still occurs and other pockets of transmission may exist within the country and possibly in neighbouring countries of the Arabian peninsula.

The identification of these 89 cases underlines the importance of rapidly investigating the status of dracunculiasis in so-called "formerly endemic" countries. Immediately after identification of endemic areas, control measures must be instituted.

¹ See No 5, 1995, pp 29-30

Food microbiology

Course announcement

France. The Pasteur Institute in Lille is organizing a course in advanced food microbiology, in 4 units of 2 weeks each. Each unit can be followed independently.

The course is designed for heads of laboratories in the food industries and official agencies for control and medical analysis. It may lead to the award of a diploma of advanced specialization in food microbiology and community hygiene.

The course entitled *Microbiology of drinks, agricultural produce and seafood* will be held from 15 to 26 May 1995.

It will be followed, in September 1995, by the unit on *Microbiology of meat and meat products* and, in May 1996, by the unit on *Control of the microbiological quality of foods* and the unit on *Microbiology of milk and dairy produce*.

• For further information, contact the Institut Pasteur de Lille, Service des Enseignements, Domaine du CERTIA, 369, rue Jules Guesde, BP 39, 59651 Villeneuve-d'Ascq Cedex.

notifier les cas et annoncer qu'une récompense de 2 000 rials yéménites (US \$25) serait remise à quiconque notifierait des cas actuels (manifestes) au Ministère de la Santé publique. Ces possibilités de récompenses sont offertes par *Health and Development International*, une organisation non gouvernementale qui met à la disposition des pays une somme pouvant atteindre US \$2 000 pour accélérer le processus d'éradication. Une récompense de ce type a également été offerte au cours des dernières phases du programme d'éradication du ver de Guinée au Pakistan.¹

À la suite de la publicité faite autour de cette récompense, le coordonnateur du programme national a été informé au début du mois de novembre de l'existence de plusieurs cas dans le district de Wesab du gouvernorat de Dhamar. À l'issue d'une enquête conduite maison par maison dans 2 villages suspects, on a identifié au total 48 cas (dont 27 habitants présentant des infections manifestes). Tous avaient bu de l'eau de 2 puits. Quatre autres malades recensés dans 3 villages voisins avaient également bu de l'eau des mêmes puits. Des mesures telles que la formation de volontaires dans les villages, des activités d'éducation sanitaire, la distribution de filtres en tissu et le traitement des puits au téméphos ont été immédiatement mises en œuvre.

La campagne nationale de dépistage proprement dite a débuté à la fin de décembre 1994. Des cas supplémentaires ont été détectés dans 7 villages du district d'Al-Sudah du gouvernorat de Sana'a. Au 31 janvier 1995, un total de 89 cas de dracunculose avaient été recensés dans 17 villages d'endémie. Le dépistage devrait prendre fin au mois de mars.

(D'après: Un rapport du Ministère de la Santé publique.)

Note de la Rédaction (Centre collaborateur OMS d'Atlanta pour la dracunculose [recherche, formation et éradication]): En mai 1993, le Ministère de la Santé publique a demandé à l'OMS d'effectuer une visite des zones historiques d'endémie de dracunculose. Pendant cette visite, 2 personnes originaires de villages des environs d'Al-Sudah ont montré des cicatrices récentes dues à la sortie de vers. À l'hôpital de Raada (gouvernorat d'Al-Baidah), un médecin expliqua avoir récemment hospitalisé 2 malades avec des vers en train de sortir. L'équipe a conclu qu'il y avait une très forte probabilité pour que d'autres poches de transmission existent dans le pays et vraisemblablement dans d'autres pays de la péninsule arabique.

L'identification de ces 89 cas souligne l'importance d'une évaluation rapide de la situation de la dracunculose dans les pays considérés comme d'«endémie ancienne». Des mesures de lutte doivent être immédiatement mises en place dès que les zones d'endémie seront identifiées.

¹ Voir N° 5, 1995, pp 29-30

Microbiologie des aliments

Annnonce de cours

France. L'Institut Pasteur de Lille organise un cycle de perfectionnement en microbiologie des aliments constitué de 4 unités d'une valeur de 2 semaines chacune. Chaque unité peut être suivie indépendamment des autres.

Cet enseignement est destiné aux chefs de laboratoires des industries alimentaires, des organismes officiels de contrôle et d'analyses médicales. Il peut être sanctionné par un diplôme d'études supérieures spécialisées de microbiologie des aliments et d'hygiène des collectivités.

Le cours intitulé *Microbiologie des boissons, des produits agricoles et des produits de la mer* se tiendra du 15 au 26 mai 1995.

Il sera suivi, en septembre 1995, de l'unité *Microbiologie des viandes et produits carnés* et, en mai 1996, de l'unité *Maîtrise et contrôle de la qualité microbiologique des aliments* et de l'unité *Microbiologie des laits et produits laitiers*.

• Pour de plus amples informations, s'adresser à l'Institut Pasteur de Lille, Service des Enseignements, Domaine du CERTIA, 369, rue Jules Guesde, BP 39, 59651 Villeneuve-d'Ascq Cedex.

Influenza

Austria (3 March 1995). The first report on influenza activity this season was on the beginning of an influenza A outbreak in the eastern part of the country in the first half of February. At that time, 8 cases of influenza A were laboratory confirmed in Vienna by detection of the virus antigen.

China (11 March 1995).¹ An outbreak of influenza-like illness occurred in a primary school in Jinan City, Shandong Province in the last week of February. Morbidity was about 20%. Influenza B virus was isolated from 2 cases. A few sporadic cases of influenza B were also reported in Beijing and Shanghai and 1 case of influenza A(H1N1) in Gansu Province in February. Overall, however, influenza activity was low during February.

Finland (7 March 1995).² Sporadic cases and small scattered outbreaks have spread all over the country. The number of laboratory-confirmed cases increased markedly during February. Both influenza A(H3N2) and influenza B have been diagnosed, but influenza A has been the most prevalent influenza type.

Germany (6 March 1995).³ The incidence of influenza-like illness has remained low, but influenza viruses started to be detected at the end of January. Almost all influenza B viruses have been reported from the eastern part of the country (Chemnitz) while sporadic influenza A(H3N2) viruses have been isolated in other parts of the country.

Madagascar (10 March 1995). Influenza A(H3N2) virus was isolated from 8 cases in children during January and February. The isolates were not associated with any marked increase in morbidity.

Netherlands (10 March 1995).⁴ Influenza activity increased in the last week of February and in the first week of March. The increase was mainly in the southern part of the country, where the rate of influenza-like illness reached 16 per 10 000 population compared with the national rate of 7.6. More than half of the virus isolates this season were reported in the past 2 weeks. Both influenza A(H3N2) and influenza B viruses have been isolated, but 75% were influenza B.

Portugal (13 March 1995).³ The weekly incidence of influenza-like illness recorded in a network of sentinel physicians was between 27 and 34 cases per 100 000 population during February and dropped to 25 in the first week of March. The number of influenza virus isolates increased steadily during February but continued to be from sporadic cases.

Russian Federation (9 March 1995).³ Among the 40 cities participating in the regular surveillance of influenza, 4 reported epidemic levels at the beginning of February, 6 reached this level 2 weeks later and 19 in the second week of March. The incidence was highest among children of pre-school and school age. Influenza B has continued to circulate.

Switzerland (12 March 1995).⁴ The incidence of influenza-like illness reported by sentinel physicians has increased markedly since mid-February and follows closely the weekly rates reported in the 1992-1993 season. Numerous influenza A and a few influenza B virus isolates have been reported from all parts of the country. Most of the influenza A viruses further identified have been of the H3N2 subtype, and 2 were influenza A(H1N1).

Grippe

Autriche (3 mars 1995). Le premier rapport sur l'activité grippale cette saison a été le début d'une épidémie de grippe A dans la partie orientale du pays au cours de la première quinzaine de février. Huit cas de grippe A ont alors été confirmés en laboratoire à Vienne par détection de l'antigène du virus.

Chine (11 mars 1995).¹ Une flambée de syndrome grippal s'est produite dans une école primaire de la ville de Jinan, province de Shandong, la dernière semaine de février. La morbidité était d'environ 20%. Le virus grippal B a été isolé de 2 cas. Quelques cas sporadiques de grippe B ont aussi été signalés à Beijing et à Shanghai, et 1 cas de grippe A(H1N1) dans la province de Gansu en février. Globalement, l'activité grippale a toutefois été faible en février.

Finlande (7 mars 1995).² Des cas sporadiques et de petites flambées disséminées se sont étendues à tout le pays. Le nombre des cas confirmés en laboratoire s'est nettement accru en février. Les virus grippaux A(H3N2) et B ont tous deux été diagnostiqués, mais la grippe A a été le type le plus répandu.

Allemagne (6 mars 1995).³ L'incidence des syndromes grippaux est restée faible, mais des virus grippaux ont commencé à être identifiés à la fin janvier. Presque tous les virus B ont été signalés dans la partie orientale du pays (Chemnitz), tandis que des virus grippaux A(H3N2) sporadiques étaient isolés dans d'autres parties du pays.

Madagascar (10 mars 1995). Le virus grippal A(H3N2) a été isolé de 8 cas chez des enfants en janvier et en février. Les isolats n'ont été associés à aucun accroissement de la morbidité.

Pays-Bas (10 mars 1995).⁴ L'activité grippale s'est accrue la dernière semaine de février et la première semaine de mars. L'accroissement a surtout été observé dans la partie méridionale du pays, où le taux de syndromes grippaux a atteint 16 pour 10 000 habitants contre un taux national de 7.6. Plus de la moitié des isolats de virus cette saison ont été signalés au cours de la quinzaine écoulée. Des virus grippaux A(H3N2) et B ont été isolés, mais 75% étaient des virus B.

Portugal (13 mars 1995).³ L'incidence hebdomadaire des syndromes grippaux enregistrée par un réseau de médecins sentinelles se situait entre 27 et 34 cas pour 100 000 habitants en février; elle est retombée à 25 au cours de la première semaine de mars. Le nombre des isolats de virus grippaux s'est régulièrement accru en février mais a continué à être observé parmi des cas sporadiques.

Fédération de Russie (9 mars 1995).³ Parmi les 40 villes qui participent à la surveillance régulière de la grippe, 4 ont signalé un niveau épidémique au début de février, 6 ont atteint ce niveau 2 semaines plus tard, et 19 la deuxième semaine de mars. L'incidence la plus élevée a été observée parmi les enfants d'âge préscolaire et scolaire. Le virus B a continué à circuler.

Suisse (12 mars 1995).⁴ L'incidence des syndromes grippaux signalée par les médecins sentinelles s'est nettement accrue depuis la mi-février et suit de près les taux hebdomadaires déclarés au cours de la saison 1992-1993. De nombreux isolats de virus A et quelques virus B ont été signalés dans toutes les régions du pays. La plupart des virus grippaux A encore étudiés étaient du sous-type H3N2, et 2 étaient des virus A(H1N1).

¹ See No. 9, 1995, p. 64² See No. 8, 1995, p. 59³ See No. 6, 1995, p. 43⁴ See No. 7, 1995, p. 52¹ Voir N° 9, 1995, p. 64² Voir N° 8, 1995, p. 59³ Voir N° 6, 1995, p. 43⁴ Voir N° 7, 1995, p. 52

Ports designated in application of the International Health Regulations

Amendments to 1992 publication

Ports notifiés en application du Règlement sanitaire international

Amendements à la publication de 1992

Morocco – Maroc

Replace complete entry by:
Remplacer toutes les informations par:

	D	EX
Agadir	x	x
Casablanca	x	x
El Jadida (Jorf Lasfar)	x	x
Kenitra	x	x
Laayoune		x
Mohammadia	x	x
Nador	x	x
Safi	x	x
Tanger	x	x
Tan Tan		x

Norway – Norvège

Delete – Supprimer:

	D	EX
Sør-Varanger		x
Insert – Insérer:		
Sør-Varanger	x	x

DISEASES SUBJECT TO THE REGULATIONS

MALADIES SOUMISES AU RÈGLEMENT

Notifications received from 10 to 16 March 1995

C – cases, D – deaths, ... – data not yet received,
i – imported, r – revised, s – suspect

Cholera • Choléra

	C	D
Africa • Afrique		
Cape Verde – Cap-Vert	27.II-5.III	
.....	91	6
Somalia – Somalie	1.I-3.X	
.....	4 995	105
America • Amérique		
Brazil – Brésil	10 XI-7 XII 94	
.....	535	20
Canada	27.II	
.....	1i	0

Notifications reçues du 10 au 16 mars 1995

C – cas, D – décès, ... – données non encore disponibles,
i – importé, r – révisé, s – suspect

	C	D
Asia • Asie		
Japan – Japon	173i	10.III ¹
.....		0
Lao People's Dem. Rep. Rép. dém. pop. lao		1-14.II
.....	244	34
Europe		
Switzerland – Suisse		9.III ¹
.....	1i	0

¹ Date of notification. – Date de la notification.

Newly infected areas as at 16 March 1995

For criteria used in compiling this list, see No. 48, 1994, p. 363.

Cholera • Choléra
Africa • Afrique
Somalia – Somalie
Baidoa District
Bardera District

Zones nouvellement infectées au 16 mars 1995

Les critères appliqués pour la compilation de cette liste sont publiés dans le N° 48, 1994, p. 363.

Asia • Asie
Lao People's Democratic Republic
République démocratique populaire lao
Sekong Province

Telex: 415416 Fax: 791 41 94
(Attention EPIDNATIONS for notifications of diseases subject to the Regulations)
Automatic telex reply service:
Telex 415768 Geneva followed by ZCZC ENGL for reply in English
Price of the Weekly Epidemiological Record
Annual subscription Sw. fr. 209.–

Telex: 415416 Fax: 791 41 94
(A l'attention d'EPIDNATIONS concernant les notifications des maladies soumises au Règlement)
Service automatique de réponse par télex:
Télex 415768 Genève suivi de ZCZC FRAN pour une réponse en français
Prix du Relevé épidémiologique hebdomadaire
Abonnement annuel Fr. s. 209.–