



WEEKLY EPIDEMIOLOGICAL RECORD

RELEVÉ ÉPIDÉMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE

21 MAY 1993 • 68th YEAR

68^e ANNÉE • 21 MAI 1993

CONTENTS		SOMMAIRE	
Cholera in 1992	149	Le choléra en 1992	149
Influenza	155	Grippe	155
Ports designated in application of the International Health Regulations – Amendments to 1992 publication	156	Ports notifiés en application du Règlement sanitaire international – Amendements à la publication de 1992	156
Diseases subject to the Regulations	156	Maladies soumises au Règlement	156

Cholera in 1992

Summary

In 1992, the seventh pandemic of *Vibrio cholerae* O1 biotype El Tor continued to spread throughout the world. Sixty-eight countries, representing every region, reported 461 783 cases and 8 072 deaths, yielding a global case-fatality rate of 1.7% (Map 1). A decrease was noted in the reported number of cases (22%) and deaths (58%) in 1992 as compared with 1991,¹ but 9 additional countries were affected.

All but 2 of the 21 countries in Central and South America were affected. Reports of 354 089 cases (a decrease of 9.5% from 1991), 2 401 deaths (a decrease of 40%), and a case-fatality rate of 0.68% were received from the Region of the Americas. In Africa, 20 of the 52 countries reported 91 081 cases and 5 291 deaths, a decrease of 41% and 62%, respectively, over 1991. The case-fatality rate of 9.1% in 1991 decreased to 5.8% in 1992. The countries of Asia reported 16 299 cases and 372 deaths (decreases of 67% and 71%, respectively), while 296 cases with 8 deaths were notified from Oceania. Europe reported 18 cases, 14 of which were imported (Table 1).

On the whole, the cholera situation in the world during 1992 resembled that of the previous year, in terms of geographical occurrence and reported cases, although the substantial decrease in reported mortality is an encouraging development. While the total number of cases remained relatively stable, important new outbreaks occurred in the Americas, against a background of what increasingly appears to be an endemic situation. In Africa, reported case-fatality rates, although substantially lower than in 1991, continue to be disturbingly high. The continued global and regional economic recession and the lack of substantive improvement in basic living conditions, including limited access to clean water, safe food, and adequate sanitation facilities in most cholera-affected countries, make it unlikely

¹ See No. 34, 1992, pp 253-260.

Le choléra en 1992

Résumé

En 1992, la septième pandémie de *Vibrio cholerae* O1 biotype El Tor a continué à s'étendre dans le monde entier. Soixante-huit pays, représentant toutes les régions, ont déclaré 461 783 cas et 8 072 décès, ce qui correspond à un taux global de létalité de 1,7% (Carte 1). Une diminution a été enregistrée dans le nombre des cas (22%) et des décès (58%) déclarés en 1992 par rapport à 1991,¹ mais la maladie s'est étendue à 9 autres pays.

Sur les 21 pays d'Amérique centrale et d'Amérique du Sud, tous ont été touchés, sauf 2. La Région des Amériques a signalé 354 089 cas (soit une diminution de 9,5% par rapport à 1991), 2 401 décès (soit une diminution de 40%) et un taux de létalité de 0,68%. En Afrique, 20 des 52 pays ont déclaré 91 081 cas et 5 291 décès, ce qui représente une diminution de 41% et 62% respectivement par rapport à 1991. Le taux de létalité, qui était de 9,1% en 1991, a diminué, passant à 5,8% en 1992. Les pays d'Asie ont déclaré 16 299 cas et 372 décès (soit une diminution de 67% et 71% respectivement), tandis que 296 cas et 8 décès ont été notifiés en Océanie. L'Europe a notifié 18 cas, dont 14 étaient des cas importés (Tableau 1).

D'une façon générale, la situation du choléra dans le monde en 1992 a ressemblé à celle de l'an dernier, si l'on considère sa localisation sur le plan géographique et le nombre de cas déclarés, bien que la diminution sensible du nombre des décès notifiés soit un élément encourageant. Alors que le nombre total de cas restait relativement stable, de nouvelles flambées importantes sévissaient dans les Amériques où l'on semble de plus en plus se trouver devant une situation d'endémie. En Afrique, les taux de létalité déclarés, s'ils sont nettement moins élevés qu'en 1991, ne s'en maintiennent pas moins à des niveaux inquiétants. La récession économique persistante sur le plan mondial comme sur le plan régional, l'absence d'améliorations notables dans les conditions de vie de base, et les difficultés qu'éprouvent les habitants de la plupart des pays touchés par le choléra à se procurer de l'eau propre et des aliments sains et à accéder à des

¹ Voir N° 34, 1992, pp. 253-260.

that morbidity due to cholera will greatly decrease in the coming years. New developments, such as increasing resistance to traditionally effective antibiotics, and emerging new strains of toxigenic *V. cholerae* non-O1 may further contribute to cholera transmission and its consequences.

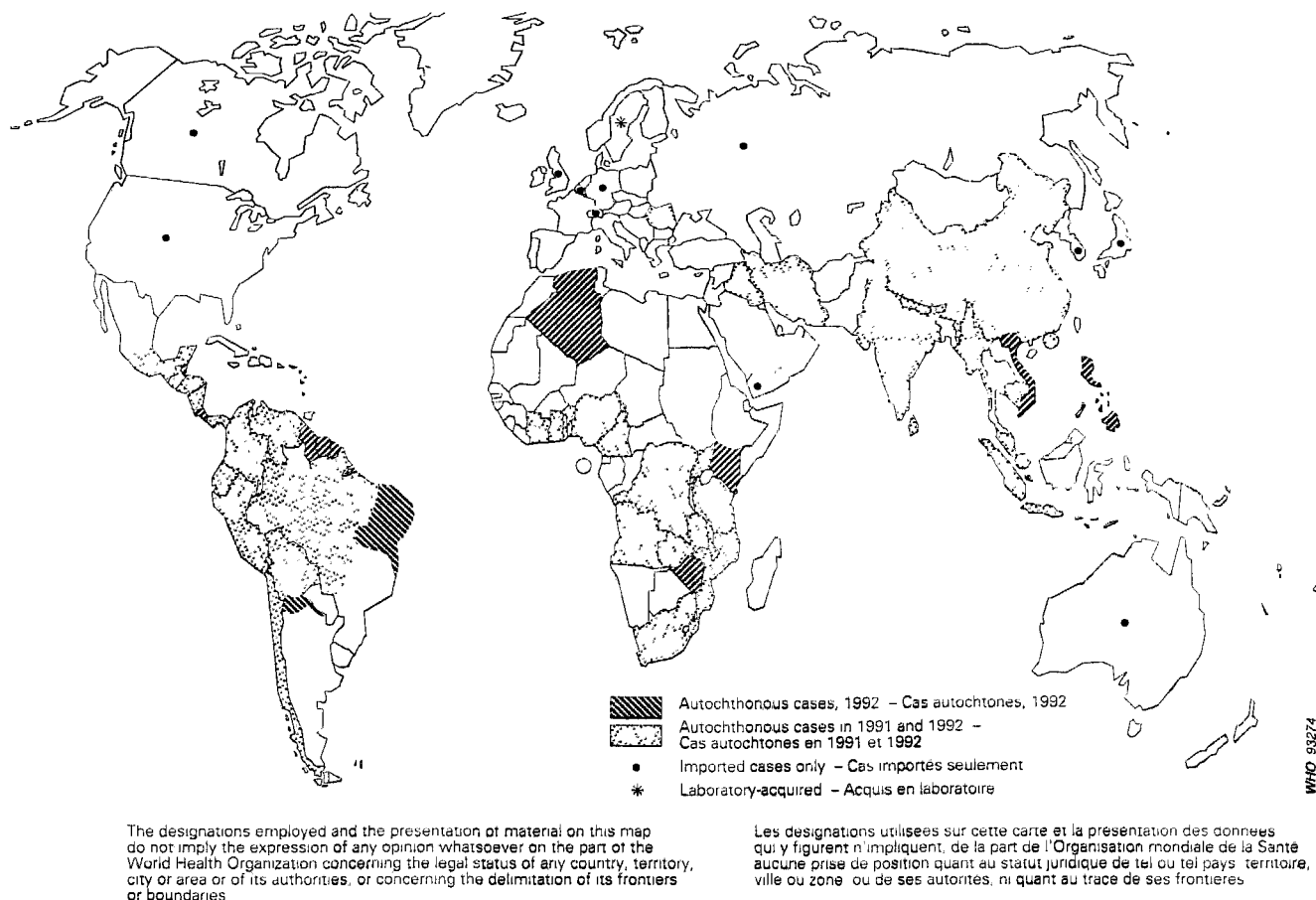
Nevertheless, national diarrhoeal diseases control programmes which promote interventions proven to be safe and effective for both the prevention and treatment of cholera exist in almost every country and can be substantially strengthened if increased resources are made available to them. In addition, improved emergency preparedness and response plans, and increasingly aggressive health education campaigns in schools and in the general population may be having some impact in limiting the rapidity and the extent of the spread of cholera, although there are still few data available to support this contention.

moyens d'assainissement adéquats, rendent peu probable toute diminution importante de la morbidité due au choléra dans les années à venir. Un certain nombre de faits nouveaux, tels que la résistance croissante aux antibiotiques traditionnellement efficaces et l'apparition de souches nouvelles de *V. cholerae* non O1 toxigène pourront peut-être contribuer aussi à la transmission du choléra, avec toutes les conséquences qui en découlent.

Il existe toutefois presque partout des programmes nationaux de lutte contre les maladies diarrhéiques dans le cadre desquels sont préconisées des interventions d'une sûreté et d'une efficacité prouvées dans la prévention et le traitement du choléra, et ce dispositif peut être sensiblement renforcé si l'on y consacre davantage de ressources. En outre, une meilleure préparation aux situations d'urgence jointe à une meilleure planification des secours, ainsi que des campagnes énergiques d'éducation pour la santé dans les écoles et au sein de la population, pourraient contribuer dans une certaine mesure à limiter la rapidité et l'étendue de la propagation du choléra, bien que l'on ne dispose encore que de peu de données à l'appui de ces hypothèses.

Map 1 Countries reporting cholera in 1991 and 1992

Carte 1 Pays signalant le choléra en 1991 et 1992



Transmission

Central and South America

Two years after cholera was recognized in South America, starting in Peru in January 1991, the epidemic is still progressing. All Latin American countries except Uruguay and Paraguay were involved in 1992 (*Maps 2 and 3*). The greatest number of cases, 212 642 (67% of the 316 282 cases reported from South America), was recorded in Peru. Five previously unaffected countries reported cholera during 1992: Argentina, Belize, Costa Rica, Guyana and Suriname.

Transmission

Amérique centrale et Amérique du Sud

Deux ans après son apparition en Amérique du Sud à partir du Pérou en janvier 1991, l'épidémie continue à progresser. Tous les pays d'Amérique latine, à l'exception de l'Uruguay et du Paraguay, ont été touchés en 1992 (*Cartes 2 et 3*). C'est au Pérou que le plus grand nombre de cas a été enregistré: 212 642 cas (soit 67% des 316 282 cas déclarés en Amérique du Sud). En 1992, le choléra a été signalé dans 5 pays épargnés jusqu'ici: l'Argentine, le Belize, le Costa Rica, le Guyana et le Suriname.

Table 1 Cases of cholera and deaths notified to WHO, 1992

Tableau 1 Cas de choléra et décès notifiés à l'OMS, 1992

Country/Area — Pays/Territoire	Cases — Cas	Deaths — Décès
Africa — Afrique		
Algeria — Algérie	69	—
Angola	3 608	184
Benin — Bénin	413	17
Burundi	479	29
Cameroon — Cameroun	1 268	66
Côte d'Ivoire	37	7
Ghana	228	23
Kenya	3 388	80
Malawi	298	8
Mozambique	30 802	726
Nigeria — Nigéria	7 671	686
Rwanda	530	32
South Africa — Afrique du Sud	11	—
Swaziland	2 281	30
Togo	753	49
Uganda — Ouganda	5 072	104
United Republic of Tanzania — République-Unie de Tanzanie	18 526	2 173
Zaire — Zaïre	1 949	59
Zambia — Zambie	11 659	913
Zimbabwe	2 039	105
Total	91 081	5 291
Americas — Amériques		
Argentina — Argentine	553	15
Belize	159	4
Bolivia — Bolivie	22 260	383
Brazil — Brésil	30 309	363
Canada	41	—
Chile — Chili	73 (5i)	1
Colombia — Colombie	15 129	158
Costa Rica	12 (8i)	—
Ecuador — Equateur	31 870	208
El Salvador	8 106	45
French Guiana — Guyane française	16 (6i)	1
Guatemala	15 395	207
Guyana	576	8
Honduras	384	17
Mexico — Mexique	8 162	99
Nicaragua	3 067	46
Panama	2 416	49
Peru — Pérou	212 642	727
Suriname	12 (7s)	1
United States of America — Etats-Unis d'Amérique	102 (98i)	1
Venezuela	2 842 (5i)	68
Total	354 089	2 401
Asia — Asie		
Bhutan — Bhoutan	494	6
Cambodia — Cambodge	1 229	120
China — Chine	580	1
Hong Kong	3 (2i)	—
India — Inde	6 911	55
Indonesia — Indonésie	25	—
Iran (Islamic Republic of) — Iran (République islamique d')	97	4
Iraq	97	—
Japan — Japon	46 i	—
Malaysia — Malaisie	474	8
Myanmar	826	50
Nepal — Népal	764	15
Philippines	345	—
Republic of Korea — République de Corée	6 i	—
Singapore — Singapour	17 (1i)	—
Sri Lanka	121	3
Viet Nam	4 260	110
Yemen — Yémen	4 i	—
Total	16 299	372

Table 1 (continued)

Tableau 1 (suite)

Country/Area – Pays/Territoire	Cases – Cas	Deaths – Décès
Europe		
Belgium – Belgique	1 i	—
Germany – Allemagne	1 i	—
Romania – Roumanie	3	—
Russian Federation – Fédération de Russie	6 i	—
Sweden – Suède	1 *	—
Switzerland – Suisse	1 i	—
United Kingdom – Royaume-Uni	5 i	—
Total	18	—
Oceania – Océanie		
Australia – Australie	3 i	—
Tuvalu	293	8
Total	296	8
World total – Total mondial	461 783	8 072

i = Imported – Importé

s = Suspect

* = Laboratory-acquired infection – Infection acquise en laboratoire

The epidemic affecting Latin America is characterized by a pattern of rapid spread (Table 2), high attack rates (300-900 cases per 100 000 inhabitants in Bolivia, Ecuador and Peru, for example) and relatively low mortality. The trend appears to be one of continuous transmission with seasonal peaks, as seen in Bolivia, Colombia, Ecuador, Peru and Venezuela, where there was a marked increase in cases during the first 3 months of the year. Given this past year's experience and the known ability of *V. cholerae* O1 biotype El Tor to survive for long periods in aquatic environments, it appears increasingly likely that cholera will become established as an endemic disease in Latin America.

L'épidémie qui affecte l'Amérique latine se caractérise par la rapidité de son expansion (Tableau 2), par ses taux d'attaque élevés (de 300 à 900 cas pour 100 000 habitants en Bolivie, en Equateur et au Pérou, par exemple) et par sa mortalité relativement faible. La tendance semble être à la transmission continue avec des pics saisonniers, comme on le voit en Bolivie, en Colombie, en Equateur, au Pérou et au Venezuela où il y a eu une nette augmentation du nombre des cas pendant les 3 premiers mois de l'année. Au vu de l'expérience acquise au cours de cette dernière année et compte tenu de la capacité connue de *V. cholerae* O1 biotype El Tor à survivre longtemps en milieu aquatique, il semble de plus en plus probable que le choléra va s'installer en Amérique latine sous une forme endémique.

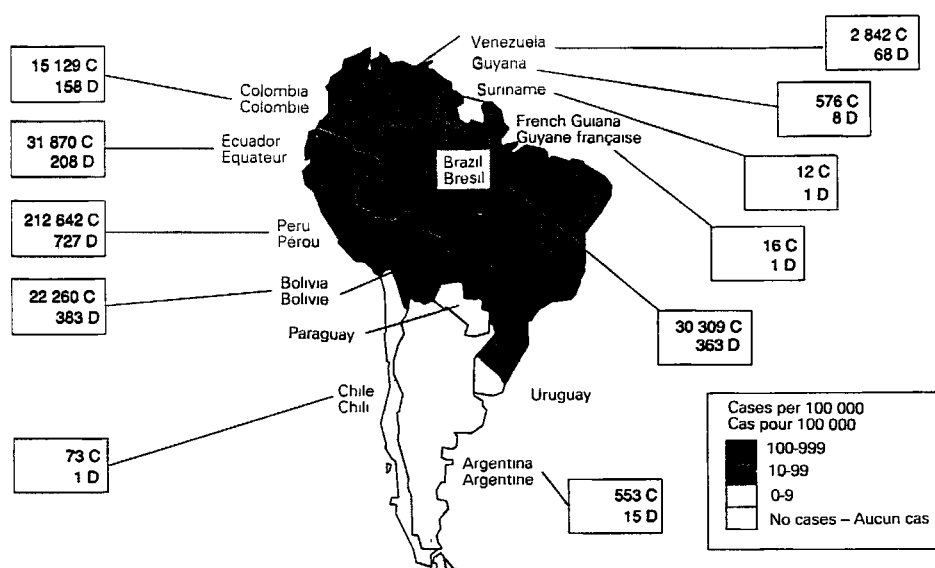
Table 2 Cholera in the Americas, 1991-1992

Tableau 2 Le choléra dans les Amériques, 1991-1992

Date of first report Date de la première notification	Country Pays	Cumulative cases Cas cumulatifs		Cumulative deaths Décès cumulatifs	
		1991	1992	1991	1992
23.01.91	Peru – Pérou	322 562	212 642	2 909	727
01.03.91	Ecuador – Equateur	46 320	31 870	697	208
10.03.91	Colombia – Colombie	11 979	15 129	207	158
08.04.91	United States of America – Etats-Unis d'Amérique	26	102	—	1
09.04.91	Brazil – Brésil	1 567	30 309	26	363
12.04.91	Chile – Chili	41	73	2	1
13.06.91	Mexico – Mexique	2 690	8 162	34	99
24.07.91	Guatemala	3 674	15 395	50	207
19.08.91	El Salvador	947	8 106	34	45
26.08.91	Bolivia – Bolivie	206	22 260	12	383
10.09.91	Panama	1 178	2 416	29	49
13.10.91	Honduras	11	384	—	17
12.11.91	Nicaragua	1	3 067	—	46
29.11.91	Venezuela	15	2 842	2	68
14.12.91	French Guiana – Guyane française	1	16	—	1
03.01.92	Costa Rica	—	12	—	—
09.01.92	Belize	—	159	—	4
05.02.92	Argentina – Argentine	—	553	—	15
06.03.92	Suriname	—	12	—	1
03.06.92	Canada	2	4	—	—
05.11.92	Guyana	—	576	—	8
Total		391 220	354 089	4 002	2 401

Map 2 Number of cholera cases (C) and deaths (D) notified to WHO, South America, 1992

Carte 2 Nombre de cas (C) de choléra et de décès (D) notifiés à l'OMS, Amérique du Sud, 1992

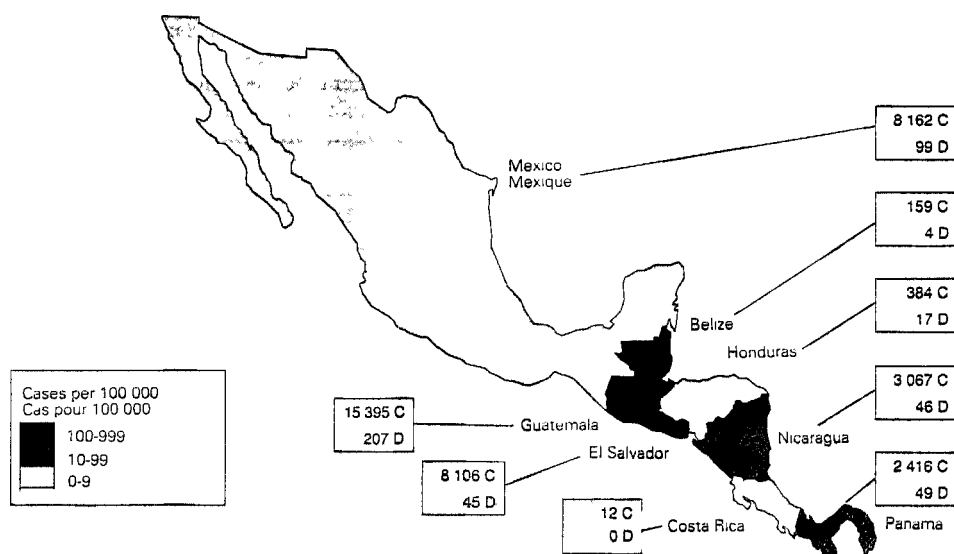


The designations employed and the presentation of material on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities or concerning the delimitation of its frontiers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

Map 3 Number of cholera cases (C) and deaths (D) notified to WHO, Central America, 1992

Carte 3 Nombre de cas (C) de choléra et de décès (D) notifiés à l'OMS, Amérique centrale, 1992

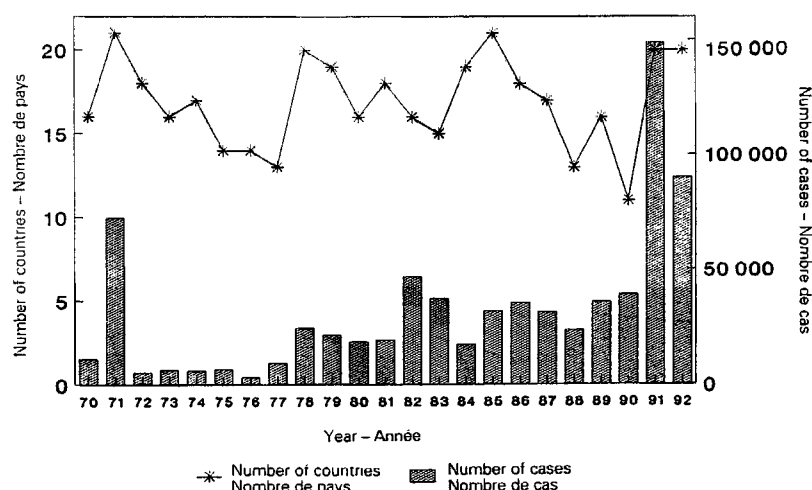


The designations employed and the presentation of material on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities or concerning the delimitation of its frontiers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

Fig 1 Number of cholera cases and countries reporting cases, Africa, 1970-1992

Fig. 1 Nombre de cas de choléra et de pays signalant des cas, Afrique, 1970-1992



Africa

Cholera is endemic in many countries of Africa with outbreaks occurring, in general, at the start of the rainy season. In 1992, 20 countries reported 91 081 cases and 5 291 deaths (Fig. 1). During the last 2 years cholera occurred increasingly in periurban and urban areas, leading to epidemics of greater magnitude, and frequently overwhelming health care facilities. There is a dearth of epidemiological research on cholera in Africa, and the specific modes of transmission of the disease have not been fully elucidated. All evidence suggests, however, that persistently inadequate levels of environmental sanitation, deficiencies in both the quantity and the quality of water, much of which is obtained from shallow wells and surface sources, and inattention to food hygiene are, as is the usual case, major risk factors. There is also evidence of outbreaks in Africa spreading as a result of funerals of cholera cases, when there is often close contact with the corpse by those involved in the preparation of food.

A major contributing problem in Africa is the recurrent unplanned movements of large populations which result in crowded living conditions in refugee camps, where the risk factors mentioned above are often constant features. In southern Africa especially, refugees from war-torn Mozambique and displaced people in Angola have particularly suffered. In 1992, Zimbabwe reported its first cases of cholera since 1986. These occurred in November in a refugee camp on the Mozambican border. By the end of the year, 2 039 cases and 105 deaths had been reported from both refugee and indigenous populations and the outbreak was continuing to spread. In Malawi, cholera transmission has been occurring for several years among Mozambican refugees.

Asia

Reports of cholera declined steeply in the Asian countries, from 49 791 cases and 1 286 deaths in 1991 to 16 299 cases and 372 deaths in 1992. Most of this difference is accounted for by the experience in Nepal, where a large outbreak of over 30 000 cases was reported in 1991, while only 764 cases were reported in 1992.

An epidemic of cholera-like illness was recently reported in the medical literature to have begun in southern Asia in late 1992. A previously unknown serogroup of *V. cholerae* non-O1 has been identified as the causative organism.¹ The illness due to this new strain seems to be clinically and epidemiologically indistinguishable from that caused by *V. cholerae* O1.

¹ See No 20, 1993, pp 141-142

Afrique

Le choléra est endémique dans de nombreux pays d'Afrique, avec des flambées qui se produisent généralement au début de la saison des pluies. En 1992, 20 pays ont déclaré 91 081 cas et 5 291 décès (Fig. 1). Au cours des 2 dernières années, le choléra s'est de plus en plus manifesté en zone périurbaine et urbaine, où il a provoqué des épidémies de grande ampleur devant lesquelles les services de santé se sont fréquemment trouvés débordés. Il y a peu de travaux de recherche épidémiologique sur le choléra en Afrique et les modes particuliers de transmission de la maladie n'ont pas été pleinement élucidés. Tout donne cependant à penser que les déficiences persistantes de l'hygiène du milieu, les lacunes tant quantitatives que qualitatives de l'approvisionnement en eau (laquelle provient bien souvent de puits peu profonds ou de sources de surface), et l'inobservance des règles de l'hygiène alimentaire restent, comme d'habitude, une place de tout premier plan dans les facteurs de risque. Des flambées de choléra semblent s'être également propagées en Afrique à la suite des funérailles de personnes décédées du choléra, lors desquelles ceux qui sont chargés de la préparation des aliments sont souvent en contact étroit avec le corps du défunt.

Il s'y ajoute, en Afrique, le problème posé par les mouvements répétés et involontaires de vastes groupes de population qui se retrouvent rassemblés dans des camps de réfugiés où les facteurs de risque déjà mentionnés plus haut sont souvent présents. En Afrique du Sud notamment, les réfugiés du Mozambique déchiré par la guerre, et les personnes déplacées de l'Angola ont particulièrement souffert. En 1992, le Zimbabwe a signalé ses premiers cas de choléra depuis 1986. Ces cas se sont produits au mois de novembre dans un camp de réfugiés à la frontière du Mozambique. A la fin de l'année, 2 039 cas et 105 décès avaient été signalés à la fois chez les réfugiés et dans les populations indigènes et la flambée continuait à s'étendre. Au Malawi, le choléra se transmet depuis plusieurs années parmi les réfugiés du Mozambique.

Asie

En Asie, le nombre des cas de choléra déclarés a nettement diminué, passant de 49 791 cas et 1 286 décès en 1991 à 16 299 cas et 372 décès en 1992. Cette différence s'explique surtout par l'expérience vécue au Népal, où une forte poussée de plus de 30 000 cas avait été signalée en 1991, tandis que 764 cas seulement étaient déclarés en 1992.

Une épidémie d'une maladie ressemblant au choléra vient d'être signalée dans la littérature médicale en Asie méridionale, où elle aurait pris naissance vers la fin de 1992. Un sérotype de *V. cholerae* non O1 inconnu jusqu'à présent a été identifié comme l'agent responsable.¹ La maladie due à cette nouvelle souche semble être cliniquement et épidémiologiquement indiscernable de l'affection provoquée par *V. cholerae* O1.

¹ Voir N° 20, 1993, pp. 141-142

Case-fatality rates

Wide variations in case-fatality rates reported from different regions were seen again in 1992. Most striking are the differences between Latin America, which consistently reports case-fatality rates of about 1%, and those countries in Africa where rates as high as 11.7% were reported. These differences may be partly due to reporting artifacts. For example, it has been suggested that in Latin America many countries may be reporting all cases of presumed cholera, including those which are relatively mild, whereas in Africa there may be a tendency to report only more severe cases, i.e. those admitted to treatment centres. Still, differing case definitions for reporting purposes cannot explain the relatively large number of deaths reported from Africa, which represents 66% of the global total in 1992.

The relatively lower level of access to health care probably explains a large portion of the difference. Most importantly, access to adequately equipped and supplied health centres remains limited in many parts of Africa and care-seeking for severe illness is frequently delayed. Case-fatality may be higher in patients compromised by underlying infections such as malaria or human immunodeficiency virus, for example, or by malnutrition, all of which are highly prevalent in Africa. Finally, the development of national diarrhoeal diseases control programmes which emphasize case-management training for health care providers, also tends to be further advanced in the Americas. Despite these complicating factors, the 36% reduction in the reported case-fatality rate in Africa during 1992 is an indication of significant progress.

Conclusion

Fewer cases and deaths were reported during 1992 compared with the previous year. The introduction of cholera into the Americas in 1991 brought about a greatly heightened sense of global awareness which undoubtedly contributed to more conscientious reporting. Whether the decrease in morbidity and mortality in 1992 is an accurate reflection of the actual situation or due to less vigilant surveillance cannot be determined with certainty. What can be said confidently, however, is that unless significant progress is made to improve living conditions in developing countries to allow greater access to clean water, safe food, and a more sanitary environment, the seventh pandemic of cholera will continue to spread.

Influenza

Brazil (13 May 1993).¹ All workers in a camp in São Paulo State were affected during an outbreak of respiratory illness and required medical care in March. Paired sera collected from 6 patients have been investigated in the laboratory and influenza A(H3N2) was diagnosed in 5 of them.

United States of America (14 May 1993).² Although surveillance data indicate that influenza activity has been declining since mid-February, influenza has continued to occur in some parts of the country. Influenza A(H3N2) has predominated since late March. Outbreaks continued to be reported in nursing homes in the second half of April and mortality from influenza and pneumonia has now remained above the expected level for 9 consecutive weeks, starting in the second week of March.

¹ See No. 18, 1993, p. 131.

² See No. 14, 1993, p. 99

Taux de létalité

De forts contrastes parmi les taux de létalité déclarés selon les régions ont été de nouveau constatés en 1992. La différence est particulièrement frappante entre l'Amérique latine, où des taux de létalité de 1% environ sont régulièrement signalés, et les pays d'Afrique, où des taux pouvant atteindre 11,7% ont été notifiés. Ces disparités peuvent être partiellement dues à des artefacts de déclaration. Il a, par exemple, été suggéré qu'en Amérique latine beaucoup de pays signalaient tous les cas présumés de choléra, y compris ceux qui étaient relativement bénins, alors qu'en Afrique, la tendance était peut-être à ne déclarer que les cas les plus graves, c'est-à-dire ceux qui étaient admis dans des centres de traitement. Les différences dans la définition des cas, aux fins de déclaration, ne suffisent toutefois pas à expliquer le nombre relativement élevé de décès déclarés en Afrique, qui représente 66% du total mondial en 1992.

L'accès relativement moins aisé aux soins de santé explique sans doute aussi une grande partie de cette différence. Qui plus est, l'accès à des centres de santé convenablement équipés et approvisionnés reste limité dans de nombreuses régions d'Afrique et il arrive fréquemment que les malades gravement atteints tardent à venir se faire soigner. Par ailleurs, la létalité peut être plus élevée chez les patients affaiblis par des infections sous-jacentes, comme le paludisme ou l'infection à virus de l'immunodéficience humaine, dont la prévalence est élevée en Afrique. Enfin, le développement de programmes nationaux de lutte contre les maladies diarrhéiques, insistant sur la formation des agents de santé à la prise en charge des cas, tend à être plus avancé dans les Amériques. En dépit de ces divers éléments qui viennent compliquer la situation, la diminution de 36% signalée du taux de létalité en Afrique en 1992 est l'indice d'un progrès significatif.

Conclusion

En 1992, le nombre des cas et des décès notifiés a été moins élevé que l'année précédente. L'apparition du choléra dans les Amériques en 1991 a amené à une prise de conscience beaucoup plus grande de l'universalité du problème, qui a sans nul doute contribué à la plus grande précision des déclarations. Il est impossible d'arriver à savoir avec certitude si le recul de la morbidité et de la mortalité en 1992 est le reflet fidèle de la situation véritable ou s'explique par une moindre vigilance. Ce que l'on peut dire toutefois sans risque d'erreur, c'est que la septième pandémie de choléra continuera à s'étendre si des progrès sensibles ne sont pas faits dans l'amélioration des conditions de vie des pays en développement et si l'on ne donne pas à leurs habitants des moyens accrus d'accès à une eau propre, à une alimentation saine et à un environnement plus salubre.

Grippe

Brésil (13 mai 1993).¹ Tous les travailleurs d'un camp situé dans l'Etat de São Paulo ont été touchés au cours d'une flambée de maladie respiratoire et ont dû recevoir des soins médicaux en mars. Des sérums appariés recueillis chez 6 patients ont été étudiés en laboratoire et le virus grippal A(H3N2) a été diagnostiqué chez 5 d'entre eux.

Etats-Unis d'Amérique (14 mai 1993).² Bien que les données de surveillance indiquent que l'activité grippale a diminué depuis la mi-février, la grippe continue à sévir dans quelques régions du pays. La grippe A(H3N2) prédomine depuis la fin mars. Des flambées ont continué à être signalées dans des maisons de retraite pendant la seconde quinzaine d'avril, et la mortalité due à la grippe et à la pneumonie se maintient au-dessus du niveau prévu depuis 9 semaines consécutives, à compter de la deuxième semaine de mars.

¹ Voir N° 18, 1993, p. 131

² Voir N° 14, 1993, p. 99

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***Insert – Insérer:*

El Jadida (Jorf Lasfar)

Nador

Tanger

Tan Tan

Delete – Supprimer:

Tanger

Norway/Norvège*Insert – Insérer:*

Farsund

D	EX
	X
	X
X	X
	X
	X
	X

Articles appearing in the *Weekly Epidemiological Record* may be reproduced without prior authorization, provided due credit is given to the source.

Les articles paraissant dans le *Relevé épidémiologique hebdomadaire* peuvent être reproduits sans autorisation préalable, sous réserve d'indication de la source.

Health administrations are reminded that under the provisions of Article 3 of the International Health Regulations they should notify the Organization by telegram, fax or telex *within 24 hours* of being informed that the first case of a disease subject to the Regulations has occurred in their territory. The infected area should be notified within the subsequent 24 hours if not already communicated.

In addition, they should notify the Organization by telegram, fax or telex *within 24 hours* of being informed of an imported or transferred case of such a disease into a non-infected area including all information available on the origin of infection.

Il est rappelé aux administrations sanitaires qu'aux termes de l'article 3 du Règlement sanitaire international elles doivent adresser une notification à l'Organisation par télégramme, fax ou par télex *dans les 24 heures*, dès qu'elles sont informées qu'un premier cas d'une maladie soumise au Règlement a été signalé dans une zone de leur ressort. Dans les 24 heures qui suivent, elles adressent notification de la zone infectée si elle n'a pas encore été communiquée.

En outre, elles doivent adresser une notification à l'Organisation, par télégramme, fax ou par télex *dans les 24 heures*, dès qu'elles sont informées d'un cas importé ou transféré dans une zone non-infectée, y compris tous les renseignements disponibles sur l'origine de l'infection.

DISEASES SUBJECT TO THE REGULATIONS**MALADIES SOUMISES AU RÈGLEMENT****Notifications received from 14 to 20 May 1993**

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

Cholera • Choléra

America • Amérique

Brazil – Brésil**Costa Rica****El Salvador**

C	D
18-24 IV	
111	0
18-24 IV	
4(32)	0
18-24 IV	
339	0

Notifications reçues du 14 au 20 mai 1993

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

Telex: 415416 Fax: 788 00 11
(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 170 –

Telex: 415416 Fax: 788 00 11
(A l'attention d'EPIDNATIONS concernant les notifications des maladies soumises au règlement)

Service automatique de réponse par télex:
Telex 415768 Genève suivi de ZCZC FRAN pour une réponse en français

Prix du Relevé épidémiologique hebdomadaire
Abonnement annuel Fr s. 170 –