



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 Téléc 27821

Automatic Telex Reply Service
Telex 28150 Geneva with ZCZC and ENGL for a reply in English

Service automatique de réponse par télex
Téléc 28150 Genève suivi de ZCZC et FRAN pour une réponse en français

27 JUNE 1986

61st YEAR - 61^e ANNÉE

27 JUIN 1986

CHOLERA IN 1985

The total number of cases of cholera occurring in the world in 1985, as reported to WHO up to 2 June 1986, was 40 510, compared with 28 893 in 1984 (Tables 1 and 2).¹ These cases were reported by 36 countries, 1 more than in 1984; there was no further spread of the seventh pandemic to areas as yet unaffected. Attention is drawn, however, to the fact that the figures reported by some countries are still incomplete or provisional, and that there is strong reason to believe that cholera is present in a number of countries which have not notified cases in accordance with the International Health Regulations.

LE CHOLÉRA EN 1985

Le nombre total de cas de choléra survenus dans le monde en 1985 qui avait été déclaré à l'OMS au 2 juin 1986 était de 40 510 contre 28 893 en 1984 (Tableaux 1 et 2).¹ Les notifications émanaient de 36 pays, soit 1 de plus qu'en 1984 et la septième pandémie ne s'est pas étendue aux zones encore indemnes; encore convient-il d'observer que les chiffres donnés par certains pays sont encore incomplets ou provisoires et que l'on a de fortes raisons de penser que le choléra est présent dans un certain nombre de pays n'ayant pas déclaré les cas conformément au Règlement sanitaire international.

Table 1. Global cholera situation, 1979-1985
Tableau 1. Situation mondiale du choléra, 1979-1985

	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985
Number of countries reporting cholera — Nombre de pays notifiant le choléra	43	40	42	37	33	35	36
Number of new countries infected — Nombre de nouveaux pays infectés	2	—	1	1	—	—	—
Number of cases — Nombre de cas	56 813	42 614	36 840	54 856	64 061	28 893	40 510

In Africa, the total number of cases rose from 17 060 in 1984 to 27 108 in 1985. A total of 19 countries reported cases. The absence of notifications from several West African countries that had experienced large outbreaks in 1984 was offset by a report of over 10 000 cases from Somalia (last affected in 1971) and considerable increases in incidence in some other countries, notably Kenya, Mali and Senegal. During the year WHO continued to collaborate with other United Nations, bilateral and voluntary agencies in providing support for disease control activities in disaster-affected countries in Africa.

In Asia also, there was an increase in the total number of cases reported from 11 801 in 1984 to 13 383 in 1985. Cases were notified by 11 countries in 1985, compared with 9 in 1984. Considerable increases were notified, in particular, by India and Viet Nam, while a large reduction was noted in the figures reported by Indonesia.

Elsewhere, a small number of imported or laboratory-acquired cases were reported by 3 European countries, Australia and the United States of America, while a small outbreak of 5 cases occurred in Guam.

¹ See No 20, 1985, pp. 149-151.

En Afrique, le nombre total de cas est passé de 17 060 en 1984 à 27 108 en 1985. Un total de 19 pays a signalé des cas. L'absence de notifications de la part de plusieurs pays d'Afrique occidentale, où avaient sévi en 1984 d'importantes épidémies, a été compensée par un rapport de la Somalie (où la dernière poussée remontait à 1971) faisant état de plus de 10 000 cas, ainsi que par un accroissement considérable de l'incidence dans d'autres pays, notamment le Kenya, le Mali et le Sénégal. Au cours de l'année, l'OMS a continué de collaborer avec d'autres institutions des Nations Unies, ainsi qu'avec divers organismes bilatéraux et bénévoles, pour aider plusieurs pays d'Afrique victimes de catastrophes à lutter contre la maladie.

En Asie aussi, le nombre total de cas déclarés a augmenté, passant de 11 801 en 1984 à 13 383 en 1985. En 1985, des cas ont été notifiés par 11 pays, contre 9 en 1984. Des hausses d'incidence considérables ont été notifiées, notamment par l'Inde et le Viet Nam, tandis qu'une forte réduction apparaît dans les chiffres communiqués par l'Indonésie.

Ailleurs, un petit nombre de cas importés ou contractés au laboratoire ont été signalés par 3 pays européens, ainsi que par l'Australie et les Etats-Unis d'Amérique, et une petite poussée de 5 cas s'est produite à Guam.

¹ Voir N° 20, 1985, pp. 149-151.

Epidemiological notes contained in this issue:

Cholera, endemic treponematoses.

Index to Nos. 14 to 26, p. 202.

List of newly infected areas, p. 204.

Informations épidémiologiques contenues dans ce numéro:

Choléra, tréponématoses endémiques.

Index des N°s 14 à 26, p. 202.

Liste des zones nouvellement infectées, p. 204.

Unfortunately, in some countries, case-fatality rates have been high during the early stages of cholera outbreaks because of delays in detection and the application of control measures, particularly proper treatment. Deaths can best be avoided by the strengthening of national capacity for emergency preparedness and management through the establishment of national programmes for the control of diarrhoeal diseases.

On constate, malheureusement, que dans certains pays, des taux de létalité élevés ont été notés au début des poussées épidémiques de choléra en raison de retards dans la détection des cas et l'adoption de mesures de lutte, notamment un traitement approprié; le meilleur moyen d'éviter les décès est de renforcer l'état de préparation des pays aux situations d'urgence et leur aptitude à y faire face en instaurant des programmes nationaux de lutte contre les maladies diarrhéiques.

Table 2. Cases of cholera notified to WHO, 1985
Tableau 2. Cas de choléra notifiés à l'OMS, 1985

Countries/areas - Pays/zones	Total
AFRICA - AFRIQUE	
Burkina Faso	1 149 *
Burundi	259
Cameroon - Cameroun	1 158 *
Djibouti	115 *
Equatorial Guinea - Guinée équatoriale	108 *
Gambia - Gambie	2 ¹
Ghana	60
Kenya	1 352
Liberia - Libéria	355 *
Mali	3 759
Mauritania - Mauritanie	259
Mozambique	3
Rwanda	21 *
Senegal - Sénégal	2 988
Somalia - Somalie	10 199
South Africa - Afrique du Sud	2 852
United Republic of Tanzania - République-Unie de Tanzanie	1 585 *
Zaire - Zaïre	740
Zimbabwe	144
TOTAL	27 108 (2¹)
AMERICAS - AMÉRIQUES	
United States of America - États-Unis d'Amérique	4 (3 ¹ + 1 [#])
TOTAL	4 (3¹)
ASIA - ASIE	
Hong Kong	2
India - Inde	5 787
Indonesia - Indonésie	4 732
Iran (Islamic Republic of) - Iran (République islamique d')	1 208
Japan - Japon	36 (35 ¹)
Kuwait - Koweït	113 ¹
Malaysia - Malaisie	67
Philippines	10
Singapore - Singapour	27
Thailand - Thaïlande	899
Viet Nam	502
TOTAL	13 383 (148¹)
EUROPE	
Netherlands - Pays-Bas	1 [#]
Switzerland - Suisse	1 ¹
United Kingdom - Royaume-Uni	7 ¹
TOTAL	9 (8¹)
OCEANIA - OCÉANIE	
Australia - Australie	1 ¹
Guam	5
TOTAL	6 (1¹)
WORLD TOTAL	40 510 (162¹)

* Incomplete figures. - Chiffres incomplets.

[#] Laboratory case. - Cas de laboratoire.

¹ Imported case. - Cas importé

ENDEMIC TREPONEMATOSES

Details of a relatively large outbreak of yaws which occurred in the Solomon Islands in the latter half of 1984 and was quickly brought under control¹ were presented at the Interregional meeting on Yaws and Other Endemic Treponematoses held in July 1985 in Cipanas, Indonesia.

In Africa, where yaws and endemic syphilis continue to resurge, representatives of more than 20 African countries met in February 1986 at the WHO Regional Office in Brazzaville to assess the magnitude of the problem and to plan control efforts on a regional basis. WHO and the Fogarty International Center sponsored these regional meetings as part of a global endemic treponematoses review following the International Symposium on Yaws and Other Endemic Treponematoses held in Washington, DC, in July 1984.²

LES TRÉPONÉMATOSES ENDÉMIQUES

Une poussée relativement importante de pian, qui s'est produite aux Iles Salomon au second semestre 1984, a été rapidement maîtrisée.¹ Les efforts de lutte ont été décrits en détail lors de la réunion inter-régionale sur le pian et les autres tréponématoses endémiques qui s'est tenue en juillet 1985 à Cipanas (Indonésie).

En Afrique, où la résurgence du pian et de la syphilis endémique se poursuit, des représentants de plus de 20 pays africains se sont réunis en février 1986 au Bureau régional de l'OMS à Brazzaville pour évaluer l'ampleur du problème et planifier la lutte à l'échelle régionale. L'OMS et le Fogarty International Center ont parrainé ces réunions régionales dans le cadre d'une étude mondiale des tréponématoses endémiques faisant suite au Colloque international sur le pian et les autres tréponématoses endémiques qui a eu lieu à Washington, DC, en juillet 1984.²

¹ See No. 19, 1986, pp. 141-142

² See No. 49, 1984, pp. 377-380.

¹ Voir N° 19, 1986, pp. 141-142.

² Voir N° 49, 1984, pp. 377-380.

During national endemic treponematoses control efforts of the 1950s and 1960s, an estimated 50 million cases, mostly children and contacts, were treated in 46 countries. However, small reservoirs of yaws and *bejel* (endemic syphilis) remained untreated and in the absence of surveillance have led recently to a dramatic increase in clinical cases.

WHO African Region

Prior to mass treatment campaigns with penicillin in sub-Saharan Africa, the overall prevalence of yaws was between 3% and 5% and endemic syphilis exceeded 10%. Control efforts reduced the prevalence of active cases to below 0.5% in most affected African countries. Recent reports of surveys in Burkina Faso, Mali, Niger and Senegal show an endemic syphilis prevalence rate of 10-15% in some areas. Such surveys suggest that endemic syphilis in the Sahel region may well be at a level similar to that of yaws in other parts of West Africa, specifically the adjoining countries of Benin, Côte d'Ivoire, Ghana, and Togo. In Ghana in the early 1980s, 3.6 million children were exposed to yaws, and in some regions up to 4% of the population had infectious lesions. (Over 87% of the active yaws cases in 1976 were in children under 15 years of age.) In surveys conducted recently in some areas of Burkina Faso and Senegal, up to 10% of children had lesions of *bejel*, and as many as 40% gave serological evidence of past or present infection.

Most of East Africa appears to have been spared; only a few countries have reported cases of endemic treponematoses to WHO; however, Burundi, Rwanda and Zaire have reported resurgent yaws which may be spreading to neighbouring East African countries where the endemic treponematoses were highly prevalent in the pre-penicillin era.

Les actions nationales de lutte des années 50 et 60 contre les tréponématoses endémiques ont permis de traiter environ 50 millions de cas, le plus souvent enfants et contacts, dans 46 pays. Toutefois, il reste encore de petits réservoirs de pian et de *bejel* (syphilis endémique) non traités qui, faute de surveillance, ont récemment conduit à une augmentation spectaculaire des cas cliniques.

Région africaine de l'OMS

Avant les campagnes de traitement de masse à la pénicilline menées au sud du Sahara, la prévalence globale du pian oscillait entre 3% et 5%, tandis que celle de la syphilis endémique dépassait 10%. L'action de lutte a ramené la prévalence des cas évolutifs à moins de 0,5% dans la plupart des pays d'Afrique concernés. Les rapports récents consécutifs aux enquêtes réalisées au Burkina Faso, au Mali, au Niger et au Sénégal situent le taux de prévalence de la syphilis endémique entre 10% et 15% dans certaines régions. Il est fort probable, comme l'indiquent ces enquêtes, que la syphilis endémique atteigne dans la région du Sahel un niveau comparable à celui du pian dans d'autres parties de l'Afrique occidentale, notamment dans les pays limitrophes que sont le Bénin, la Côte d'Ivoire, le Ghana et le Togo. Au début des années 80, on comptait au Ghana 3,6 millions d'enfants exposés au pian et dans certaines régions, jusqu'à 4% de la population présentait des lésions infectieuses. (En 1976, on observait plus de 87% des cas évolutifs de pian chez les enfants de moins de 15 ans.) Selon des enquêtes récemment menées dans certaines zones du Burkina Faso et du Sénégal, jusqu'à 10% des enfants présentent des lésions dues au *bejel*, tandis que les épreuves sérologiques révèlent une infection actuelle ou passée chez 40% d'entre eux.

La majeure partie de l'Afrique orientale semble avoir été épargnée; quelques pays seulement ont notifié des cas de tréponématoses endémiques à l'OMS; cependant, le Burundi, le Rwanda et le Zaïre ont signalé une résurgence du pian qui se propage peut-être aux pays voisins d'Afrique orientale où les tréponématoses endémiques sévissaient gravement avant la découverte de la pénicilline.

Table 1 Reports of cases of endemic treponematoses, 1980-1985^a
Tableau 1 Notifications des cas de tréponématoses endémiques, 1980-1985^a

	1980	1981	1982	1983	1984	1985 ^b
Africa — Afrique						
Angola	—	3	—	—	—	—
Benin — Bénin	11 112	9 291	5 379	6 348	3 327	672 ^c
Burkina Faso	598	1 002	544	496	482	578
Burundi	348	203	167	117	102	37 ^c
Cameroon — Cameroun	—	—	—	8 041	4 169	—
Central African Republic ^d — République centrafricaine ^d	—	—	1 085	779	1 188	—
Chad — Tchad	—	—	4	1	629	—
Congo ^d	868	2 164	1 155	201	1 642	86 ^c
Côte d'Ivoire ^d	35 422	28 086	22 576	18 235	16 109	—
Equatorial Guinea — Guinée équatoriale	—	—	—	—	283	—
Ethiopia — Éthiopie	—	137	225	585	91	—
Gabon	256	308	349	223	257	142
Gambia — Gambie	—	319	—	4	—	—
Ghana	59 317	45 523	55 092	29 066	9 660 ^c	4 012 ^c
Guinea — Guinée	—	65	—	1 652	1 174	—
Guinea-Bissau — Guinée-Bissau	183	24	5	3	—	—
Kenya	—	2 629	44	123	—	—
Madagascar	—	15	—	—	—	—
Mali	186	203	47	33	15	—
Mozambique	—	—	—	—	251	—
Niger	—	—	9 931	—	—	—
Nigeria ^d — Nigéria ^d	107	946	1 201	9 314	—	—
Rwanda ^d	489	455	617	408	225	15 ^c
Senegal — Sénégal	1 432	68	144	70	31	—
Sierra Leone	154	—	—	—	—	—
Togo	3 857	3 628	3 816	4 382	2 956	—
Uganda — Ouganda	128	685	198 ^c	697 ^c	260 ^c	—
Zaire — Zaïre	385	554	642	380	111	—
South-East Asia — Asie du Sud-Est						
India — Inde	57	19	7	3	—	—
Indonesia ^d — Indonésie ^d	13 190	10 520	—	7 302	15 931	—
Malaysia — Malaisie	77	33	15	—	—	—
Sri Lanka	5	1	2	9	—	—
Thailand — Thaïlande	—	—	18	—	2	—
Western Pacific — Pacifique occidental						
Fiji — Fidji	—	—	—	1 ^c	—	—
Kiribati	—	1 596	55	14	—	—
Papua New Guinea — Papouasie-Nouvelle-Guinée	—	—	—	—	833	—
Solomon Islands — Îles Salomon	—	—	—	—	3 994	—
Vanuatu	—	40	—	200	—	—

^a Cases reported, in general, result from limited geographical surveys. — Compilé from country reports to WHO, consultant and research surveys. — Les cas notifiés proviennent généralement d'enquêtes géographiques limitées. — Données établies à partir de rapports des pays à l'OMS, d'enquêtes réalisées par des consultants et de travaux de recherche

^b Provisional figures. — Chiffres provisoires

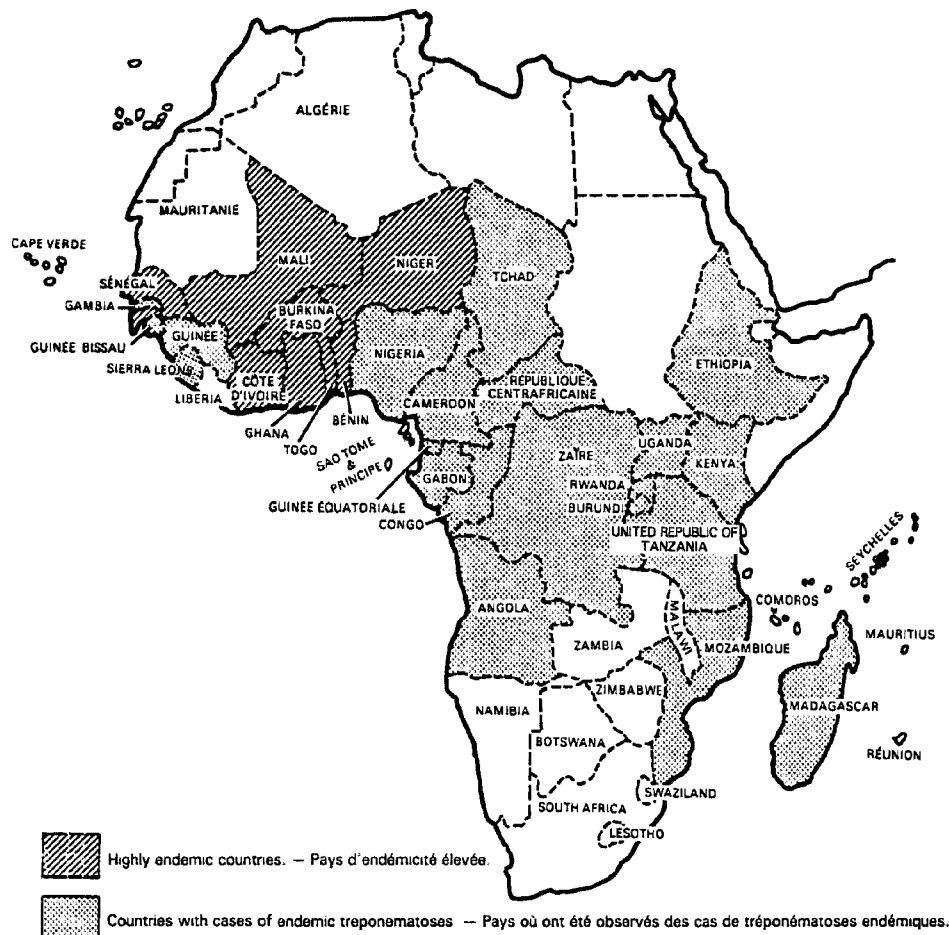
^c Partial reporting — less than 12 months. — Notification partielle — moins de 12 mois.

^d Infectious lesions only — Lésions infectieuses seulement

In the 1980s, 28 African countries experienced endemic treponematoses, as evidenced by reports to WHO and consultant surveys (Table 1 and Map 1). Epidemiological data on the extent of endemic treponematoses are inadequate or lacking; however, best estimates indicate that at least 1.2 million children in 6 of the most intensely affected countries have either active, infectious or latent yaws or endemic syphilis. Children under the age of 15 constitute more than 75% of active cases.

Au cours des années 80, 28 pays d'Afrique ont été touchés par les tréponématoses endémiques, comme en témoignent les rapports soumis à l'OMS et les enquêtes de consultants (Tableau 1 et Carte 1). Les données épidémiologiques indiquant l'ampleur des tréponématoses endémiques sont insuffisantes, voire inexistantes; toutefois, d'après les meilleures estimations, au moins 1,2 million d'enfants répartis dans 6 des pays les plus sévèrement frappés sont atteints de pian ou de syphilis endémique sous leur forme évolutive, infectieuse ou latente. Les enfants de moins de 15 ans représentent plus de 75% des cas évolutifs.

Map 1. Countries experiencing yaws and/or endemic syphilis during 1980-1985, WHO African Region
Carte 1. Pays touchés par le pian et/ou la syphilis endémique en 1980-1985, Région africaine de l'OMS



There are many reasons for the resurgence of yaws in Africa. They include failure to establish effective yaws surveillance and control measures as part of the general health services, insufficient penicillin and syringes, inadequate health education and little or no change in hygienic and socioeconomic conditions which favour transmission of yaws, particularly in rural areas. In Ghana, during the time of yaws resurgence, infant mortality increased by 25%, malnutrition rose by 50% (over a 4-year period), real government expenditures on health declined by more than 50% and health services decreased by a third. Despite these hardships, recent yaws control efforts by the Ghanaian Government have reduced the yaws incidence from 400-500 cases per 100 000 to less than 62 cases per 100 000 population.

To control these diseases most countries represented at the Brazzaville meeting preferred a "flexible-fixed" strategy that would concentrate endemic treponematoses diagnosis, treatment and health education efforts at the fixed health centre level, adopting an outreach strategy for the treatment of active cases and their contacts. In addition, each of the interested countries wished to combine these control activities for yaws and endemic syphilis with other public health programmes such as immunization, malaria, and diarrhoeal diseases control.

Recommendations from the meeting include the following:

- Countries not known to be presently affected by the endemic treponematoses should develop surveillance programmes to prevent resurgence from unrecognized indigenous or imported endemic treponematoses foci.

Parmi les raisons, nombreuses, de la résurgence du pian en Afrique, figurent l'incapacité à instaurer des mesures efficaces de surveillance et de lutte dans le cadre des services de santé généraux, le manque de pénicilline et de seringues, l'insuffisance de l'éducation pour la santé et la persistance des conditions socio-économiques et d'hygiène qui favorisent la transmission du pian, notamment en milieu rural. Au Ghana, pendant la résurgence de la maladie (soit sur une période de 4 ans), la mortalité infantile a augmenté de 25% et la malnutrition de 50%, cependant que les dépenses réelles de santé des pouvoirs publics baissaient de plus de 50% et que les prestations de santé diminuaient d'un tiers. En dépit de ces difficultés, les opérations de lutte contre le pian récemment menées par le Gouvernement ghanéen ont ramené l'incidence de la maladie de 400 à 500 cas pour 100 000 à moins de 62 cas pour 100 000.

Pour combattre ces maladies, la plupart des pays représentés à la réunion de Brazzaville ont marqué leur préférence pour une stratégie alliant souplesse et stabilité, le diagnostic et le traitement des tréponématoses endémiques ainsi que l'éducation pour la santé étant concentrés au niveau fixe des centres de santé, cependant que le traitement des cas évolutifs et de leurs contacts serait assuré à la périphérie. Par ailleurs, tous les pays intéressés ont exprimé le désir de combiner les activités de lutte contre le pian et la syphilis endémique à d'autres programmes de santé publique tels que vaccination, lutte antipaludique et lutte contre les maladies diarrhéiques.

Les recommandations émises à l'issue de la réunion sont les suivantes:

- Les pays apparemment restés indemnes devraient mettre au point des programmes de surveillance afin de prévenir toute résurgence à partir de foyers indigènes non reconnus ou importés.

- Surveillance of these diseases should be integrated with control efforts for other communicable diseases prevalent in individual countries.
- Countries of the Region affected by the endemic treponematoses should resolve to interrupt transmission of these diseases by vigorously implementing World Health Assembly resolution WHA31.58, utilizing technical and financial cooperation, where appropriate, from international organizations.

- La surveillance de ces maladies devrait être intégrée aux opérations de lutte contre les autres maladies transmissibles qui sévissent dans différents pays.
- Les pays de la Région touchés par les tréponématoses endémiques devraient décider d'interrompre la transmission de ces maladies par l'application énergique de la résolution WHA31.58 de l'Assemblée mondiale de la Santé et le recours, si les circonstances s'y prêtent, à la coopération technique et financière d'organisations internationales.

Map 2. Prevalence of infectious yaws in Indonesia's 27 provinces, 1984
Carte 2. Prévalence du pian infectieux dans les 27 provinces de l'Indonésie, 1984



South-East Asia

In the South-East Asia Region, the foci of endemic treponematoses are rather limited, and the prospects for regional elimination seem bright if international assistance is made available. Indonesia, an archipelago of 13 667 islands, has yaws diffused throughout its 27 provinces (Map 2).

The Indonesian Government has accelerated control efforts and is planning for a tenfold reduction of yaws cases to a 0.001% prevalence rate by 1989. If this can be achieved by the target date and if the outreach capability is strengthened, Indonesia will attempt elimination of yaws throughout the country within the 3 subsequent years. The number of cases reported in 1985 was 15 931 compared to 7 302 in 1983. This increase in cases is a result of increased surveillance and better case-finding.

India is also committed to the elimination of yaws. In 1983 the Ministry of Health convened a meeting of representatives from the affected States of Andhra Pradesh, Gujarat, Madhya Pradesh, Maharashtra, Orissa and Tamil Nadu attended by representatives of WHO and UNICEF. Yaws is present in some of these formerly endemic areas, but at a reduced level. A small outbreak in Gujarat in 1983 occurred in an area not previously considered endemic, and was viewed as a new yaws focus. The nucleus of the yaws problem in India appears to be in the District of Madhya Pradesh and the contiguous tribal belt of Orissa, Andhra Pradesh and Maharashtra States. Elimination of yaws in India will require coverage of the entire tribal belts in which a total of 49 million people are at risk.

Sporadic cases of yaws have been reported recently in Sri Lanka from the North-Central Province, the country's main agricultural area which lies within a malaria belt. The government has decided that yaws surveillance and assessment are needed in the previously endemic areas, and it is expected that yaws control efforts will be attached to the anti-malaria campaign.

Thailand was virtually yaws-free following a nation-wide yaws campaign which ended in 1966. Since 1967, yaws control has been integrated into the general health services; however, 18 cases were reported in 1982 in the Southern Province of Narathivas adjacent to Malaysia. Increased yaws surveillance is currently under way in Thailand.

Asie du Sud-Est

Dans la Région de l'Asie du Sud-Est, les foyers de tréponématoses endémiques sont relativement limités et les perspectives d'élimination régionale de ces maladies semblent bonnes si une assistance internationale est accordée. En Indonésie, archipel formé de 13 667 îles, le pian sévit dans la totalité des 27 provinces (Carte 2).

Le Gouvernement indonésien a accéléré ses efforts de lutte et prévoit de ramener le taux de prévalence du pian à 0,001% en 1989, ce qui correspond à une réduction par 10. Si cet objectif est atteint à la date fixée et si les capacités périphériques sont renforcées, l'Indonésie s'efforcera d'éliminer le pian dans la totalité du pays dans les 3 ans suivants. Le nombre des cas notifiés en 1985 s'élevait à 15 931 alors qu'il était de 7 302 en 1983. Cette augmentation tient à une surveillance accrue et à un meilleur dépistage.

L'Inde s'est également engagée à éliminer le pian. En 1983, le Ministère de la Santé a convoqué une réunion de représentants des Etats d'Andhra Pradesh, de Gujarat, Madhya Pradesh, Maharashtra, Orissa et Tamil Nadu touchés par cette maladie, à laquelle ont assisté des représentants de l'OMS et du FISE. Le pian est présent dans un certain nombre de ces régions, mais à un niveau réduit, alors qu'il y était jadis endémique. Une petite poussée observée au Gujarat en 1983, dans une zone où la maladie n'était pas considérée comme endémique, a été attribuée à un nouveau foyer de pian. En Inde, le problème semble être particulièrement aigu dans le district de Madhya Pradesh et la ceinture tribale contiguë des Etats d'Orissa, d'Andhra Pradesh et de Maharashtra. L'élimination du pian en Inde exigera la couverture de la totalité des ceintures tribales où un total de 49 millions de personnes sont exposées.

Des cas sporadiques de pian ont récemment été notifiés à Sri Lanka, dans la province du Centre-Nord, principale région agricole du pays se trouvant à l'intérieur d'une ceinture paludéenne. Le gouvernement a décidé que la surveillance et l'évaluation du pian s'imposent dans les régions où la maladie était auparavant endémique et il est prévu de rattacher l'action de lutte contre le pian à la campagne antipaludique.

La Thaïlande s'est trouvée virtuellement exempte de pian à la suite d'une campagne nationale contre cette maladie qui s'est terminée en 1966. A partir de 1967, la lutte contre le pian a été intégrée aux services généraux de santé; cependant, 18 cas ont été notifiés en 1982 dans la province de Narathivas située dans le sud du pays, à la frontière de la Malaisie. La Thaïlande s'emploie actuellement à renforcer la surveillance du pian.

Western Pacific

In Papua New Guinea, approximately 1 million children are at risk for yaws in a country with extremely rugged terrain, few roads and navigable rivers. Yaws is focused primarily in the Provinces of Madang and West New Britain, where the prevalence rate was 0,17% in 1984. International assistance will be needed to help develop a primary health care outreach capability to reach populations in the more remote regions of the country.

Vanuatu (the former New Hebrides) has reported a significant number of cases in recent years, particularly on Tanna Island where the population refused penicillin therapy during the earlier yaws campaigns. Kiribati, which reported 1 596 cases in 1981, reported 14 cases in 1983, but information is not readily available on control activities. Yaws is suspected in Democratic Kampuchea although there have been no reports of cases.

Surveillance

An essential element in endemic treponematoses control is surveillance which includes accurate case identification and reporting as well as the epidemiological assessment of suspect foci of endemicity. In the field, appropriate diagnosis is usually made on the clinical characteristics of lesions. Presently, most primary health care workers have no experience with yaws and endemic syphilis diagnosis, thus, serology is assuming a more important role in the diagnosis and epidemiological assessment of foci of infection. Blood samples usually need to be sent to distant laboratories and tend to decompose in the tropics before tests can be performed.

A practical tool in endemic treponematoses surveillance is the use of finger-prick blood collected on special filter paper which when air-dried is stable for shipment to distant laboratories. At the regional meetings the filter paper method was reported to be accurate in yaws diagnosis with a 99,5-100% agreement between sera and filter paper eluants in the microhaemagglutination assay. The use of filter paper for serum analysis may also give added impetus to integrated disease surveillance as this method is also applicable to the diagnosis of a variety of bacterial, viral and parasitic infections.

New diagnostic tests using monoclonal antibodies and molecular probes are either at the research development stage or at the early field testing stage. Representatives of some 30 countries at the regional meetings recommended that, should these diagnostic tests prove practical, the technologies be transferred to interested countries with the support of WHO and international agencies.

EDITORIAL NOTE: The results of the meetings reported above confirm concerns expressed at the 1984 International Symposium on Yaws and Other Endemic Treponematoses. Where foci of endemic treponematoses remain undetected, particularly in formerly endemic areas, the potential for dramatic resurgence is made clear by the recent outbreaks in the South Pacific and West Africa. A vigorous campaign in Ghana from 1981 to 1983,¹ assisted by WHO, UNICEF, the United States Agency for International Development, and the European Economic Community, rapidly reversed the resurgence in that country, but remedial efforts may not have been fully implemented.

A review of *bejel* in the Eastern Mediterranean Region which will be organized by the WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean is scheduled from 20 to 23 October 1986. A plan for a meeting of the countries of the Americas affected by pinta and yaws is under consideration.

¹ See No. 18, 1982, p. 142.

Pacifique occidental

En Papouasie-Nouvelle-Guinée, environ 1 million d'enfants sont exposés au risque de pian, alors que le pays présente une topographie extrêmement accidentée et possède peu de routes et de fleuves navigables. Le pian est principalement concentré dans les provinces de Madang et de West New Britain, où le taux de prévalence s'élevait à 0,17% en 1984. Une assistance internationale sera nécessaire pour développer les capacités périphériques des services de soins de santé primaires et atteindre ainsi les populations des régions les plus reculées.

Vanuatu (anciennes Nouvelles-Hébrides) a notifié un nombre important de cas au cours des dernières années, particulièrement dans l'île de Tanna où la population a refusé la pénicillino-thérapie pendant les précédentes campagnes de lutte contre le pian. Kiribati, qui signalait 1 596 cas en 1981, en a notifié 14 en 1983, mais il est difficile d'avoir des renseignements sur les activités de lutte. On soupçonne que le pian existe au Kampuchea démocratique, encore qu'aucun cas n'y ait été signalé.

Surveillance

L'un des éléments essentiels dans la lutte contre les tréponématoses endémiques est la surveillance qui comprend le recensement et la notification exacts des cas, ainsi que l'évaluation épidémiologique des foyers présumés d'endémicité. Sur le terrain, le diagnostic est généralement posé d'après les caractéristiques cliniques des lésions. A l'heure actuelle, la plupart des agents de soins de santé primaires n'ont aucune expérience du diagnostic du pian et de la syphilis endémique; aussi la sérologie joue-t-elle un rôle plus important dans le diagnostic et l'évaluation épidémiologique des foyers d'infection. Les échantillons de sang doivent généralement être envoyés à des laboratoires éloignés et, sous les tropiques, ils ont tendance à se décomposer avant de pouvoir être soumis à des épreuves.

Un outil pratique pour la surveillance des tréponématoses endémiques est la méthode consistant à prélever du sang par piqûre au doigt et à le recueillir sur un papier filtre spécial qui, une fois séché à l'air, reste stable et peut être expédié à des laboratoires éloignés. Au cours des réunions régionales, il a été rapporté que la méthode du papier filtre était précise pour le diagnostic du pian avec une concordance de 99,5 à 100% entre les résultats obtenus par analyse sérologique et les résultats obtenus par élution à partir de papier filtre dans l'épreuve de microhémagglutination. L'utilisation du papier filtre pour les analyses sériques donnera peut-être aussi une plus grande impulsion à la surveillance intégrée de la maladie puisque cette méthode est également applicable au diagnostic de toute une gamme d'infections bactériennes, virales et parasitaires.

De nouvelles épreuves diagnostiques faisant appel aux anticorps monoclonaux et à des sondes moléculaires font l'objet d'études préliminaires sur le terrain ou d'une mise au point par la recherche. Les représentants d'une trentaine de pays aux réunions régionales ont recommandé que, si ces épreuves diagnostiques se révélaient pratiques, les technologies soient transférées aux pays intéressés avec l'appui de l'OMS et d'organismes internationaux.

NOTE DE LA RÉDACTION: Les résultats des réunions susmentionnées confirment les préoccupations exprimées lors du symposium international sur le pian et les autres tréponématoses endémiques de 1984. Lorsque des foyers de tréponématoses endémiques restent non détectés, surtout dans d'anciennes zones d'endémicité, la possibilité d'une resurgence spectaculaire existe manifestement, ainsi qu'en témoignent les récentes poussées observées dans le Pacifique Sud et l'Afrique occidentale. La campagne énergique menée au Ghana entre 1981 et 1983,¹ avec l'aide de l'OMS, du FISE, de l'Agency for International Development des Etats-Unis d'Amérique et de la Communauté économique européenne, a rapidement arrêté une telle resurgence dans ce pays, mais les efforts curatifs n'ont peut-être pas été pleinement mis en œuvre.

Une étude sur le *bejel* dans la Région de la Méditerranée orientale sera en principe conduite du 20 au 23 octobre 1986 sous les auspices du Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale. On envisage enfin de réunir les pays des Amériques touchés par la pinta et le pian.

¹ Voir No 18, 1982, p. 142.

(Based on/D'après: A report from the/Un rapport du Fogarty International Center, National Institutes of Health, Bethesda, United States of America/Etats-Unis d'Amérique, 1986.)

INDEX, VOLUME 61, 1986, Nos. 14 to 26 Epidemiological notes and other information

Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS): Australia 168 (addendum 180); Canada 181; China (Province of Taiwan) 154; containment in the European Region, meeting 162; in correctional facilities, USA 182; Greece 162; Iran (Islamic Republic of) 145; Japan 179; Mexico 195; safety of blood and blood products, WHO meeting and consultation 138 (corrigendum 147); situation in Europe, December 1985, 125; Thailand 163; WHO control programme 157

INDEX, VOLUME 61, 1986, Nos 14 à 26 Notes épidémiologiques et autres informations

Aliments voir Maladies d'origine alimentaire; Sécurité alimentaire
Arbovirus, infections à voir Virus, maladies à
Centres de vaccination contre la fièvre jaune pour les voyages internationaux: amendements à la publication de 1985, 124, 163, 204
Choléra: en 1985, 197
Coqueluche voir Programme élargi de vaccination
Cryptococcose: France 186

Arboviral infections see Virus diseases**Cholera:** in 1985, 197**Cryptococcosis:** France 186**Delta virus see Hepatitis****Dengue:** Brazil 154; Malaysia 106**Environmental health:** heavy metal poisoning in a high school, USA 121**Epidemiology:** epidemiological newsletter, EMRO 147; field epidemiology training programme, annual report 1984-1985, Thailand 149; senior level training course in the African Region 173; "sentinel" notification system, Switzerland 105**Expanded Programme on Immunization (EPI):** disease incidence 1950-1984, Sweden 184; evaluation of a measles-rubella immunization programme, France 151; measles control, Singapore 165; measles surveillance methodology, Malawi 191; missed opportunities for measles immunization, Bhutan 128; neonatal tetanus mortality surveys, Indonesia 101, Kenya 117; programme impact, Pakistan 142; reported pertussis incidence 174; silica gel as transport medium for *Corynebacterium diphtheriae* 159**Foodborne diseases:** outbreak of gastrointestinal illness associated with oysters, UK 193**Food safety:** traces of urethane in spirits, Switzerland 171**Haemorrhagic fevers, viral:** corrigendum to WHO Technical Report Series, No. 721, 1985, 154**Hepatitis:** delta virus infection, Singapore 154**Infected area list, criteria used in compiling:** 132**Influenza (notes):** 107, 116, 122, 147, 154, 163, 171**Legionnaires' disease:** outbreak associated with a whirlpool, UK 118**Leprosy:** implementation of multidrug therapy for leprosy control, WHO consultation 189; UK 170**Leptospirosis:** the coypu as a rodent reservoir of infection, UK 115**Listeriosis:** outbreak in California, USA 120**Lyme disease:** clinical, serological and epidemiological aspects, France 145; USA 129**Malaria:** problems associated with chemoprophylaxis in travellers to endemic areas 109; world malaria situation 1984, 133**Measles see Expanded Programme on Immunization****Microbiology, clinical:** external quality assessment programme 157**Monkeypox virus see Smallpox: post-eradication surveillance****Mortality studies:** Joint UN/WHO Programme 153**Nosocomial infections:** USA 102**Oysters see Foodborne diseases****Pertussis see Expanded Programme on Immunization****Poliomyelitis:** India 186**Ports designated in application of the International Health Regulations:** amendments to 1984 publication 124, 156**Rabies:** bat rabies, Denmark 109; France 130; human rabies, Canada 160**Smallpox: post-eradication surveillance:** squirrels proved to maintain monkeypox virus transmission in nature 183**Suicide:** attempted suicide, Belgium 111**Tetanus:** proceedings of the Seventh International Conference 107
*see also Expanded Programme on Immunization***Treponematoses, endemic:** 198; outbreak of yaws infections, Solomon Islands 141**Trichinosis:** 1950-1985, USA 168**Tuberculosis:** Switzerland 176**Urethane see Food safety****Virus diseases:** arboviral infections of the central nervous system, USA 112; vector-borne viral diseases, introduction of *Aedes albopictus*, USA 178**Yaws see Treponematoses, endemic****Yellow-fever vaccinating centres for international travel:** amendments to 1985 publication 124, 163, 204**Delta, virus voir Hépatite****Dengue:** Brésil 154; Malaisie 106**Epidémiologie:** bulletin épidémiologique, EMRO 147; cours de formation pour cadres supérieurs dans la Région africaine 173; programme de formation épidémiologique sur le terrain, rapport annuel 1984-1985, Thaïlande 149; système de déclaration «sentinelle», Suisse 105**Fièvre jaune voir Centres de vaccination contre la fièvre jaune pour les voyages internationaux****Fièvres hémorragiques virales:** rectificatif à la Série de Rapports techniques de l'OMS, N° 721, 1985, 154**Grippe (notes):** 107, 116, 122, 147, 154, 163, 171**Hépatite:** infection par le virus delta, Singapour 154**Huitres voir Maladies d'origine alimentaire****Hygiène du milieu:** intoxication par des métaux lourds dans une école secondaire, USA 121**Infections nosocomiales:** USA 102**Légionnaires, maladie des:** poussée associée à des bains bouillonnants, Royaume-Uni 118**Lèpre:** application de la polychimiothérapie à la lutte contre la lèpre, consultation de l'OMS 189; Royaume-Uni 170**Leptospirose:** rôle d'un rongeur, le coypu, comme réservoir d'infection, Royaume-Uni 115**Listériose:** flambée en Californie, USA 120**Lyme, maladie de:** aspects cliniques, sérologiques et épidémiologiques, France 145; USA 129**Maladies d'origine alimentaire:** flambée de gastro-entérites liées à la consommation d'huîtres, Royaume-Uni 193
*voir aussi Sécurité alimentaire***Microbiologie clinique:** programme de contrôle extérieur de la qualité 157**Mortalité, études sur la:** programme commun ONU/OMS 153**Orthopoxvirus simien voir Variole: surveillance post-eradication****Paludisme:** problèmes liés à la chimioprophylaxie chez les personnes se rendant en zone d'endémie 109; situation du paludisme dans le monde, 1984, 133**Pian voir Tréponématoses endémiques****Poliomyélite:** Inde 186**Ports notifiés en application du Règlement sanitaire international:** amendements à la publication de 1984, 124, 156**Programme élargi de vaccination (PEV):** coqueluche: incidence notifiée 174; enquêtes sur la mortalité par tétanos néonatal, Indonésie 101, Kenya 117; évaluation d'un programme de vaccination contre la rougeole et la rubéole, France 151; gel de silicone comme milieu de transport pour *Corynebacterium diphtheriae* 159; impact du programme, Pakistan 142; incidence des maladies, 1950-1984, Suède 184; lutte antirougeoleuse, Singapour 165; méthodologie de la surveillance de la rougeole, Malawi 191; occasions de vaccination antirougeoleuse manquées, Bhoutan 128**Rage:** rage chez la chauve-souris, Danemark 109; France 130; rage humaine, Canada 160**Rougeole voir Programme élargi de vaccination****Sécurité alimentaire:** traces d'uréthane dans l'eau de vie, Suisse 171**Suicide:** tentatives de suicide, Belgique 111**Surveillance épidémiologique voir Epidémiologie****Syndrome d'immunodéficit acquis (SIDA):** Australie 168 (additif 180); Canada 181; Chine (Province de Taiwan) 154; endiguement dans la Région européenne, réunion 162; établissements pénitentiaires, USA 182; Grèce 162; Iran (République islamique d') 145; Japon 179, Mexique 195; programme OMS de lutte 157; sécurité du sang et des produits sanguins, réunion et consultation de l'OMS 138 (rectificatif 147); situation en Europe, décembre 1985, 125; Thaïlande 163**Tétanos:** comptes rendus de la Septième Conférence internationale 107***voir aussi Programme élargi de vaccination*****Tréponématoses endémiques:** 198; poussée de pian, Îles Salomon 141**Trichinose:** 1950-1985, USA 168**Tuberculose:** Suisse 176**Uréthane voir Sécurité alimentaire****Variolite: surveillance post-eradication:** les écureuils maintiennent la transmission de l'orthopoxvirus simien dans la nature 183**Virus, maladies à:** infections à arbovirus du système nerveux central, USA 112; maladies virales à transmission vectorielle, introduction d'*Aedes albopictus*, USA 178**Zones infectées, critères appliqués pour la compilation de la liste:** 132

Notifications of diseases subject to the I.H.R.

PLAGUE - PESTE	
AFRICA - AFRIQUE	
Madagascar	172
Mozambique	140
Tanzania, United Rep. of - Tanzanie, Rep.-Unie de	140
AMERICA - AMÉRIQUE	
Bolivia - Bolivie	188
Brazil - Brésil	132, 148

CHOLERA - CHOLÉRA	
AFRICA - AFRIQUE	
Burundi	148
Guinea - Guinée	116
Liberia - Libéria	164
Mali	116, 140, 172, 204
Mauritania - Mauritanie	124, 140, 180, 204
Mozambique	132

Rwanda	108, 196
Somalia - Somalie	132, 172
Tanzania, United Rep. of - Tanzanie, Rep.-Unie de	140, 164
ASIA - ASIE	
Hong Kong	188, 204
Japan - Japon	148
Malaysia - Malaisie	148, 204
Singapore - Singapour	164, 196

Notifications de maladies soumises au R.S.I.

EUROPE	
Royaume-Uni	180, 196, 204
United Kingdom	180, 196, 204
YELLOW FEVER - FIÈVRE JAUNE	
AMERICA - AMÉRIQUE	
Bolivia - Bolivie	140
Colombia - Colombie	132, 148
Peru - Pérou	148, 180, 196

YELLOW-FEVER VACCINATING CENTRES FOR INTERNATIONAL TRAVEL

Amendment to 1985 publication

Insert - Insérer:

NORWAY
NORVÈGE

Insert - Insérer:

Kongsvinger -
Helséråd (Board of Health)

CENTRES DE VACCINATION CONTRE LA FIÈVRE JAUNE POUR LES VOYAGES INTERNATIONAUX

Amendement à la publication de 1985

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.

DISEASES SUBJECT TO THE REGULATIONS - MALADIES SOUMISES AU RÈGLEMENT

Notifications received from 20 to 26 June 1986 - Notifications reçues du 20 au 26 juin 1986

C Cases - Cas	Figures not yet received - Chiffres non encore disponibles
D Deaths - Décès	i Imported cases - Cas importés
P Port	r Revised figures - Chiffres révisés
A Airport - Aéroport	s Suspected cases - Cas suspects

CHOLERA † - CHOLÉRA †		Asia - Asie		Europe	
Africa - Afrique					
	C D		C D		C D
MALI	2-8 VI	HONG KONG	24.VI	UNITED KINGDOM	25-31.V
	98 5		1 0	ROYAUME-UNI	
MAURITANIA - MAURITANIE	28.V-2.VI	MALAYSIA - MALAISIE	8-14.VI		1 0
	54 2		1 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.	
	15-27.V				
	53 4				

Newly infected areas as on 26 June 1986 - Zones nouvellement infectées au 26 juin 1986

For criteria used in compiling this list, see No. 17, page 132. - Les critères appliqués pour la compilation de cette liste sont publiés dans le N° 17, page 132.

The complete list of infected areas was last published in WER No. 24, page 187. It should be brought up to date by consulting the additional information published subsequently in the WER regarding areas to be added or removed. The complete list is usually published once a month.

La liste complète des zones infectées a paru dans le REH N° 24, page 187. Pour sa mise à jour, il y a lieu de consulter les Releves publiés depuis lors ou figurent les listes de zones à ajouter et à supprimer. La liste complète est généralement publiée une fois par mois.

CHOLERA - CHOLÉRA

Asia - Asie

MALAYSIA - MALAISIE

Peninsular Malaysia
Kedah State
Kulim H. District
Penang State
Northern Prov. Wellesley H. District

Areas removed from the infected area list between 20 and 26 June 1986 Zones supprimées de la liste des zones infectées entre le 20 et 26 juin 1986

For criteria used in compiling this list, see No. 17, page 132. - Les critères appliqués pour la compilation de cette liste sont publiés dans le N° 17, page 132

CHOLERA - CHOLÉRA

Asia - Asie

MALAYSIA - MALAISIE

Sabah
Labuk Sugut District

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

Annual subscription - Abonnement annuel

Fr. s. 130.-

7 500 VI 86

ISSN 0049-8114

PRINTED IN SWITZERLAND