



WORLD HEALTH ORGANIZATION
GENEVA

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
GENÈVE

WEEKLY EPIDEMIOLOGICAL RECORD

RELEVÉ ÉPIDÉMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE

Epidemiological Surveillance of Communicable Diseases
Telegraphic Address: EPIDNATIONS GENEVA Telex 27821

Service de la Surveillance épidémiologique des Maladies transmissibles
Adresse télégraphique: EPIDNATIONS GENÈVE Telex 27821

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

Service automatique de réponse
Télex 28150 Genève suivi de ZCZC et FRAN pour une réponse en français

11 JANUARY 1980

55th YEAR — 55^e ANNÉE

11 JANVIER 1980

EXPANDED PROGRAMME ON IMMUNIZATION

The Global Advisory Group of the Expanded Programme on Immunization (EPI) consists of 12 members. All Regions are represented, with six members being drawn from panels nominated by the Regional Offices. The remaining six are selected either "at large" or from the Regional panels to provide geographical and technical balance.

At the invitation of the Director, Regional Office for South-East Asia, the Group met from 12-16 November 1979, in the Regional Office, New Delhi. Global and regional overviews of programme status were presented. Data available at the time of the meeting concerning selected national immunization programmes are summarized in *Table 1*. The countries listed account for approximately 80% of the newborns in 99 developing countries which have been identified as participating in the EPI. These data are felt to provide an index of global programme progress, recognizing that their incompleteness is itself a reflection of the stage of development of the information systems.

Conclusions and Recommendations

1. Global Strategies

1.1 Recognizing that the Expanded Programme on Immunization is one of WHO's priority efforts to foster the development of primary health care, that the programme's success is an essential element in achieving health for all by the year 2000, and that immunizations are most efficiently provided along with other essential health services, it is recommended that the Programme:

- ▶ Promote the general objectives of primary health care contained in the Declaration of Alma Ata. National commitment to the principles of primary health care and to their implementation is necessary to achieve the orientation of national priorities required to provide a majority of the population access to preventive and curative health services, including immunization.
- ▶ Incorporate within EPI training initiatives educational materials supportive to the implementation of other WHO programmes within primary health care.
- ▶ Work with other WHO programmes to provide educational materials relevant to the EPI which can be incorporated within their training activities in developing countries.
- ▶ Promote comprehensive reviews of programme operations and accomplishments early in the course of programme development, preferably including staff from related primary health care programmes, as well as staff from other countries. These can

PROGRAMME ÉLARGI DE VACCINATION

Le Groupe consultatif mondial du Programme élargi de vaccination (PEV) se compose de 12 membres. Toutes les Régions sont représentées, six membres étant recrutés auprès des tableaux d'experts désignés par les Bureaux régionaux. Les six autres membres sont choisis soit librement, soit auprès des tableaux d'experts régionaux de manière à assurer un certain équilibre géographique et technique.

A l'invitation du Directeur du Bureau régional de l'Asie du Sud-Est, le groupe s'est réuni du 12 au 16 novembre 1979 au Bureau régional, New Delhi. Des tableaux d'ensemble mondial et régionaux de la situation du programme ont été présentés. Les données disponibles au moment de la réunion sur différents programmes nationaux de vaccination sont résumées au *Tableau 1*. Les pays énumérés représentent environ 80% des nouveau-nés de 99 pays en développement participant au PEV. On estime que ces données fournissent un indice de la progression du programme à l'échelle mondiale, étant entendu que les lacunes qu'on y relève reflètent l'état de développement des systèmes d'information.

Conclusions et recommandations

1. Stratégies mondiales

1.1 Etant admis que le Programme élargi de Vaccination représente l'un des efforts prioritaires déployés par l'OMS pour favoriser le développement des soins de santé primaires, que du succès du programme dépend dans une grande mesure la réalisation de l'objectif de la santé pour tous à l'horizon 2000, et que la méthode la plus rentable de pratiquer les vaccinations consiste à les assurer dans le cadre des autres services de santé essentiels, il est recommandé que le Programme:

- ▶ Favorise les objectifs généraux des soins de santé primaires contenus dans la Déclaration d'Alma-Ata. L'adhésion nationale aux principes des soins de santé primaires et à leur mise en œuvre est indispensable à la définition des priorités nationales destinées à assurer au plus grand nombre l'accès aux services de santé préventifs et curatifs, et notamment à la vaccination.
- ▶ Incorpore dans le cadre des initiatives de formation du PEV des matériels pédagogiques susceptibles d'appuyer la mise en œuvre d'autres programmes OMS dans le contexte des soins de santé primaires.
- ▶ Collabore avec d'autres programmes OMS de façon à proposer des matériels pédagogiques se rapportant au PEV et pouvant être incorporés à leurs activités de formation dans les pays en développement.
- ▶ Favorise des examens complets des opérations et réalisations des programmes, dès le début de la mise en œuvre de ces derniers, et en y associant de préférence du personnel appartenant aux programmes de soins de santé primaires, ainsi que du personnel

Epidemiological notes contained in this number:

Cholera Surveillance, Expanded Programme on Immunization, Influenza Surveillance, Measles Surveillance, Monitoring and Control of Drugs of Dependence, Surveillance of Shigella.

List of Newly Infected Areas, p. 16.

Informations épidémiologiques contenues dans ce numéro:

Programme élargi de vaccination, surveillance de la grippe, surveillance de la rougeole, surveillance des shigella, surveillance du choléra, surveillance et contrôle des drogues engendrant la dépendance.

Liste des zones nouvellement infectées, p. 16.

serve to improve immunization services and to promote their integration with other primary health care initiatives. They also serve as useful learning experiences for all participants and provide outside collaborators with objective data on which decisions concerning additional support can be based.

1.2 The participation in the EPI of developed countries is essential for programme success. One mechanism through which this should be encouraged is to include developed countries within the EPI information system with feedback being made to WHO's governing bodies as well as to individual Member States. Regional Offices should begin approaching developed countries to include them within their Regional EPI information systems during 1980.

1.3 By May 1980, the EPI should prepare a brief promotional document reviewing accomplishments to date and needs for the future which could be shared with collaborators in a position to increase their support to the programme, particularly emphasizing the usefulness of bilateral support.

1.4 The establishment of an Expert Committee for the Expanded Programme on Immunization is not recommended at this time. Rather, full advantage should be taken to utilize the expertise of existing expert committees and expert panel members, as well as the expertise of members of the Global Advisory Group itself. The use of outside collaborators to help WHO to sponsor groups or individuals to work on particular problem areas should also be encouraged.

2. Programme Implementation

2.1 A primary focus for WHO in promoting the Expanded Programme on Immunization should be to support programme implementation at national level. It is through direct involvement with implementation of national programmes that personnel at all levels can be expected to develop the degree of commitment to programme goals required for success.

2.2 The expansion of immunization services should be staged, beginning first in existing facilities, then encompassing outreach services from these facilities and finally covering populations which cannot be reached from existing facilities.

2.3 The Global Advisory Group endorses the present training strategy, noting the importance of providing training in EPI management, with particular emphasis on supervision, to middle level supervisory staff. This training should be provided before the end of 1981 in all countries which are expanding their immunization programmes. The Group supports the strategy of presenting EPI training materials to national institutions which train health personnel for their consideration for use within their curricula.

2.4 National plans for expanding immunization services are required. Such plans may be separate or included within more comprehensive plans for the development of national health services but should include objectives for reducing morbidity and mortality, targets for expanding immunization coverage, strategies for achieving the targets and for measuring that achievement and the specification of resources required.

2.5 Identifiable budgets and well-defined lines of responsibility for the EPI should be developed within national programmes, and management capacities should be strengthened within national programmes and within WHO. Although immunizations are to be provided by peripheral workers having multiple health responsibilities, staff whose full-time concern is with immunization services is still required within national programmes and WHO, to plan, implement, and evaluate national, regional and global programmes.

2.6 The creation of simple national, regional and global information systems which measure immunizations performed, coverage achieved, and morbidity and mortality from the target diseases should be an objective for 1980-1981. This is important for internal management, to serve as a basis for soliciting support from outside contributors, and to permit the use of the EPI itself as an index of success in expanding the coverage of primary health care.

d'autres pays. Ce serait là un moyen d'améliorer les services de vaccination et d'en promouvoir l'intégration avec les autres initiatives relevant des soins primaires. Il peut y avoir là aussi l'occasion de fournir à l'ensemble des participants des enseignements utiles et de procurer aux collaborateurs extérieurs des données objectives sur lesquelles ils pourront se fonder pour se prononcer sur la question des appuis supplémentaires à apporter.

1.2 La participation des pays développés au PEV est indispensable au succès du programme. Un moyen, entre autres, d'encourager cette participation serait d'associer des pays développés au système d'information du PEV, avec rétro-information à l'intention des organes délibérants de l'OMS et des différents Etats Membres. Il appartiendra aux Bureaux régionaux de commencer à pressentir les pays développés de façon à les associer courant 1980 à leurs systèmes régionaux d'information sur le PEV.

1.3 En mai 1980, le PEV devra mettre au point un bref document promotionnel dans lequel seront passées en revue les réalisations obtenues à ce jour et les besoins pour l'avenir, en y associant éventuellement les collaborateurs susceptibles d'accroître leur appui au programme, l'utilité de l'aide bilatérale étant notamment soulignée.

1.4 La création d'un Comité d'experts du Programme élargi de Vaccination ne s'impose pas pour le moment. On s'attachera plutôt à tirer tout le parti possible des gisements de savoir que représentent les comités d'experts et tableaux d'experts existants, ainsi que de la compétence des membres du Groupe consultatif mondial lui-même. Il conviendra également de faire appel à des collaborateurs extérieurs pour aider l'OMS à patronner l'action des groupements ou des individus qui entendent travailler sur certains secteurs particuliers du problème.

2. Mise en œuvre du programme

2.1 En promouvant le Programme élargi de Vaccination, l'OMS devra privilégier l'aide à la mise en œuvre des programmes au niveau national. C'est en participant directement à la mise en œuvre des programmes nationaux que le personnel de toutes catégories pourra s'identifier suffisamment aux objectifs de ces programmes et en assurer ainsi le succès.

2.2 La croissance des services de vaccination devra être échelonnée, en commençant par les moyens existants, pour passer ensuite, à partir de ces mêmes services, à une pénétration plus profonde et, en dernière analyse, s'intéresser aux populations qu'il n'est pas possible d'atteindre actuellement à partir des installations existantes.

2.3 Le Groupe consultatif mondial fait sienne la stratégie de formation actuelle, en soulignant la nécessité d'assurer auprès du personnel d'encadrement de niveau intermédiaire une formation en gestion du PEV, notamment en matière d'encadrement. Cette formation devra être assurée dans tous les pays qui développent leur programme de vaccination avant la fin de 1981. Le Groupe appuie la stratégie consistant à proposer les matériels de formation PEV aux établissements nationaux qui forment le personnel de santé en vue de leur incorporation éventuelle aux programmes d'étude.

2.4 L'élargissement des services de vaccination suppose nécessairement l'adoption de plans nationaux. Ces plans peuvent être distincts ou incorporés dans le cadre de plans plus généraux de développement des services nationaux de santé, à la condition toutefois qu'on y trouve des buts de réduction de la morbidité et de la mortalité, des objectifs d'expansion de la couverture vaccinale, ainsi que des stratégies pour la réalisation des objectifs et des instruments pour la mesure de cette dernière et la spécification des moyens à mettre en œuvre.

2.5 Les programmes nationaux devront prévoir des budgets distincts et une hiérarchie bien définie pour le PEV, les capacités en matière de gestion devant être renforcées tant dans le cadre des programmes nationaux qu'à l'OMS. Encore que les vaccinations doivent être assurées par du personnel périphérique revêtu de responsabilités multiples en matière de santé, on continuera à avoir besoin de personnel qui se consacre à plein temps aux services de vaccination, tant au sein des programmes nationaux qu'à l'OMS, afin de pouvoir planifier, mettre en œuvre et évaluer les programmes nationaux, régionaux et mondiaux.

2.6 La création de systèmes d'information simples aux niveaux national, régional et mondial, permettant de mesurer le nombre de vaccinations pratiquées, la couverture réalisée et la morbidité et la mortalité imputables aux maladies cibles, doivent constituer un objectif pour les années 1980-1981. Cela est important aux fins de la gestion interne, à titre de base pour pressentir les contributions extérieures, et pour pouvoir utiliser le PEV lui-même comme indice de l'expansion de la couverture des soins de santé primaires.

2.7 Further strengthening of evaluation is essential for the achievement of programme goals. Evaluation should include:

- ▶ Assessment of the efficacy of the cold chain, including verification of vaccine potency at the time of use.
- ▶ Measurement of the proportion of fully immunized children.
- ▶ Review of management procedures through programme audits.
- ▶ Estimation of morbidity and mortality from the target diseases. Special surveys may be required at first, but efforts should be made to strengthen national surveillance systems to permit such data to be obtained routinely.

2.8 All vaccines used in the EPI should meet WHO requirements. The global system to monitor conformity to this recommendation should be strengthened.

2.9 Further improvement is required in planning for vaccine needs, to permit firm orders, based on realistic estimates of actual vaccine use, to be placed with adequate lead times. The success of one Region in meeting vaccine needs through the operation of a revolving fund was noted. This may be studied by other Regions as one solution.

3. Research and Development

3.1 Research to improve programme implementation should be an integral part of all immunization programmes. The following actions are suggested:

- ▶ Develop and evaluate simple and accurate methodologies to estimate morbidity and mortality from the target diseases.
- ▶ Continue to develop simple and inexpensive ways to evaluate the efficacy of existing cold chain systems and to develop improved equipment.
- ▶ Pursue research on minimizing adverse reactions associated with immunization.
- ▶ Review current immunization schedules in the light of recent improvements in vaccines and advances in the general field of immunology so as to permit recommendation of schedules which provide immunity to children in their first year of life, with a minimum number of contacts with health services.
- ▶ Pursue research on the vaccines used in the EPI, particularly to produce more stable pertussis and poliomyelitis vaccines, to produce more potent and less reactogenic pertussis vaccines, and to provide additional data on the effectiveness and the costs of both killed and live poliomyelitis vaccines under various conditions of use.
- ▶ Pursue operational research to improve immunization coverage. This should be oriented toward finding ways to ensure the full participation of the community in the programme and should include the measurement of the effectiveness and the costs of providing immunizations in various health settings and at various intervals.

(Continued on page 12)

2.7 Il est indispensable que l'évaluation soit encore renforcée en vue de la réalisation des objectifs du programme. Cette évaluation portera sur les aspects suivants:

- ▶ Evaluation de l'efficacité de la chaîne frigorifique, y compris la vérification de l'activité des vaccins au moment de l'emploi.
- ▶ Calcul de la proportion d'enfants complètement vaccinés.
- ▶ Examen des procédures de gestion par la vérification des programmes.
- ▶ Estimation de la morbidité et de la mortalité imputables aux maladies cibles. Même s'il faut faire appel au début à des enquêtes spéciales, il conviendra de s'efforcer de renforcer les systèmes nationaux de surveillance de façon à pouvoir obtenir ces données dans le cadre des activités ordinaires.

2.8 Tous les vaccins utilisés dans le cadre du PEV doivent être conformes aux normes OMS. Le système mondial appelé à vérifier cette conformité devra être renforcé.

2.9 De nouvelles améliorations sont nécessaires en matière de planification des besoins en vaccins afin de pouvoir passer suffisamment à l'avance des commandes fermes reposant sur des estimations réalistes du niveau actuel d'utilisation des vaccins. Les bons résultats obtenus dans l'une des Régions qui, pour faire face aux besoins en vaccins, a fait appel à un fonds de roulement, ont été notés. C'est là une possibilité parmi d'autres qui pourrait être envisagée par d'autres Régions.

3. Recherche et développement

3.1 La recherche destinée à améliorer la mise en œuvre du programme doit faire partie intégrante de tous les programmes de vaccination. On propose en particulier les mesures suivantes:

- ▶ Mettre au point et évaluer des méthodes simples et précises destinées à mesurer la morbidité et la mortalité imputables aux maladies cibles.
- ▶ Poursuivre la mise au point de méthodes simples et peu coûteuses pour l'évaluation de l'efficacité des systèmes actuels de chaîne frigorifique et l'amélioration du matériel.
- ▶ Poursuivre les recherches destinées à réduire les réactions indésirables liées à la vaccination.
- ▶ Passer en revue les programmes actuels de vaccination en fonction des récentes améliorations apportées aux vaccins et des progrès réalisés dans le domaine général de l'immunologie de façon à pouvoir recommander des programmes qui, moyennant un nombre minimum de contacts avec les services de santé, assurent l'immunité des enfants au cours de la première année de l'existence.
- ▶ Poursuivre les recherches sur les vaccins mis en œuvre dans le cadre du PEV, notamment en vue de produire des vaccins anticoquelucheux et antipoliomyélitiques plus stables, de mettre au point des vaccins anticoquelucheux plus actifs et moins réactogènes, et de fournir des données supplémentaires sur l'efficacité et les coûts des vaccins antipoliomyélitiques tués et vivants dans les diverses conditions d'emploi.
- ▶ Poursuivre la recherche opérationnelle destinée à améliorer la couverture vaccinale. Il s'agira en particulier de trouver les moyens d'assurer la pleine participation de la collectivité au programme et de prendre la mesure de l'efficacité et du coût des actions de vaccination menées dans différentes ambiances médico-sanitaires et à différents intervalles.

(Suite page 12)

NOTE ON GEOGRAPHICAL AREAS

The form of presentation in the *Weekly Epidemiological Record* does not imply official endorsement or acceptance by the World Health Organization of the status or boundaries of the territories as listed or described. It has been adopted solely for the purpose of providing a convenient geographical basis for the information herein. The same qualification applies to all notes and explanations concerning the geographical units for which data are provided.

NOTE SUR LES UNITÉS GÉOGRAPHIQUES

Il ne faudrait pas conclure de la présentation adoptée dans le *Relevé épidémiologique hebdomadaire* que l'Organisation mondiale de la Santé admet ou reconnaît officiellement le statut ou les limites des territoires mentionnés. Ce mode de présentation n'a d'autre objet que de donner un cadre géographique aux renseignements publiés. La même réserve vaut également pour toutes les notes et explications relatives aux pays et territoires qui figurent dans les tableaux.

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

Table 1. Summary of Status of Immunization Programmes in 15 EPI Countries containing 80% of Newborns in Participating EPI Countries
 Tableau 1. Résumé de l'état des programmes de vaccination dans 15 pays PEV dans lesquels on trouve 80% des nouveau-nés appartenant aux pays participant au PEV

Country - Pays	Estimated Annual No. of Newborns (Millions) Nombre annuel de nouveau-nés (estimations en millions)	Planned Coverage with 3 doses of DPT Couverture prévue moyennant 3 doses de DTC		Participation in EPI Training Participation à la formation PEV ¹	All Vaccines Used in EPI Considered to Meet WHO Requirements ² Tous les vaccins utilisés pour le PEV et jugés conformes aux normes OMS ²	Area Surveyed Secteur soumis à enquête	Year Année	Vaccination Coverage Evaluation ⁴ - Evaluation de la couverture vaccinale ⁴							Programme Audit - Year Programme de vérification - année					Surveillance: Reported Cases per 100 000 population - Surveillance: cas notifiés pour 100 000 habitants				
		Year Année	% Coverage Couverture en %					DPT I %	DPT III %	Polio I %	Polio III %	Measles %	Rougeole %	Tetanus %	BCG %	DPT I %	DPT III %	Polio I %	Polio III %	Measles %	Rougeole %	Tetanus %	Year Année	Neonatal Tetanus nouveau-nés	Pertussis Cough Coqueluche	Measles Rougeole	Polio
1. India	23.0	1983	65	I, III		New Delhi	1978	72	74	55	70	53	n/a	n/a	..	..	..	..	1979	..	26	16	1.3
2. Indonesia	6.5	1984	80 ²	I, III		Operational areas Secteurs opérationnels	1978/79	80	..	41 ²	n/a	n/a	n/a	n/a	27	..	..	..	1977	..	0.17	8	0.08
3. Bangladesh	4.3	1984	60	I	Yes Oui	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1977	..	6	0.29	0.1
4. Brazil	4.2	..	..	I, III		Country Pays	1977	..	58	42 ²	80	39	42	..	..	..	..	..	1977	..	26	40	1.9
5. Pakistan	3.4	1983	50	I, II	Yes Oui	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1977	..	8	4	0.1
6. Nigeria	3.4	..	..	I		..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1978	..	61	60	0.8
7. Mexico	2.8	..	..	I, III		..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1977	..	9	27	1.3
8. Viet Nam	2.0	..	..	I		Operational areas Secteurs opérationnels	1978	..	53	42 ²	n/a	n/a	n/a	..	..	..	..	1978	..	155	221	2.4	
9. Philippines	1.6	1981	50 ²	I		..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1977	..	46	55	2.9
10. Thailand	1.6	1981	60	I, III		Bangkok	1979	61	61	31	60	45	n/a	n/a	..	..	..	..	1978	..	6	8	1.3
11. Egypt	1.5	..	..	I		Country Pays	1977	65	..	64	..	64	s/o	48	..	..	..	..	1976	..	0.29	5	1.1
12. Ethiopia	1.5	..	..	I	Yes Oui	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1977	..	10	10	0.6
13. Turkey	1.4	..	..	I		Neveshir Prov. Prov. de Nevsheir	1978	22	64	32	84	37	52	..	..	..	..	1979	..	5	29	0.6	
14. Zaire	1.2	..	..	I	Yes Oui	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1978	..	68	138	1.4
15. Burma	1.2	1983	80	I, III		Rangoon	1979	33	37	9	n/a	n/a	n/a	s/o	..	..	..	..	1977	..	40	19	0.9

.. Not available.
 n/a Not applicable.
¹ One or more national staff participating: I = Planning and Management; II = Management for Mid-level Supervisors; III = Logistics and Cold Chain
² Two-dose schedule used.
³ In countries not listed as "Yes", the status of one or more vaccines is either unknown, or known not to meet WHO requirements during most recent test.
⁴ Results relate to coverage achieved in children below two years of age
⁵ Coverage of pregnant women with two or more doses of tetanus toxoid.
 Non disponible.
 Sans objet.
¹ Participation de un ou plusieurs ressortissants du pays à: I = Planification et gestion; II = Gestion à l'intention du personnel d'encadrement de niveau intermédiaire; III = Logistique et chaîne frigorifique.
² Recours à un programme à deux doses.
³ Dans les pays ne comportant pas la mention « oui », la situation à l'égard d'un ou plusieurs vaccins est soit inconnue, soit caractérisée par le fait qu'ils ne se sont pas révélés conformes aux normes OMS lors de l'expérience la plus récente.
⁴ Les résultats concernent la couverture réalisée chez les enfants de moins de deux ans.
⁵ Couverture des femmes enceintes au moyen de deux doses ou plus d'anatoxine antitétanique.

MONITORING AND CONTROL OF DRUGS OF DEPENDENCE

The following report is in connection with one of the major responsibilities of the World Health Organization in respect of the international control of dependence producing drugs falling into the category of "narcotics" controlled under the Single Convention, 1961, or "psychotropics" controlled under the Convention on Psychotropic Substances, 1971 (Vienna).

Both of the afore-mentioned Conventions call upon WHO to recommend specific drugs for appropriate control measures on account of their capacity to produce dependence and abuse with harmful consequences to the public health and society in general. Their therapeutic usefulness must also be considered in this evaluation.

A recent WHO Advisory Group met in Geneva and made a number of recommendations for the control of several drugs. The following is a brief description of two drugs which were specifically recommended for dissemination by WHO regarding their danger to public health:

- ▶ **Dextropropoxyphène:** WHO has recommended to the Secretary-General of the United Nations that this substance be added to Schedule II of the 1961 Convention. "The Group wished to emphasize that the combined effects of dextropropoxyphène and alcohol or other depressant drugs and the widespread use of dextropropoxyphène as a means of committing suicide, particularly by individuals with a history of psychiatric illness, presented potentially serious public health problems. Since the 1961 Convention does not obligate Parties to require medical prescriptions for dextropropoxyphène if placed in Schedule II, the Group recommended that WHO and the Secretary-General of the United Nations inform Member States of the existence of these problems."
- ▶ **Phéncyclidine:** A significant and widespread abuse of this drug has emerged in North America in the form of experimentation at all age levels, primarily at school age. The abuse and long term health effects of phéncyclidine appear to represent a unique drug situation, although some similarities with the abuse of stimulants, depressants and hallucinogens exist. In order to maintain the maximum level of international control over phéncyclidine as well as its availability for legitimate use, it has been recommended by WHO to the Secretary-General of the United Nations that phéncyclidine remain in Schedule II of the 1971 Convention. It was also recommended that the dangers associated with this drug be widely publicized.

SURVEILLANCE ET CONTRÔLE DES DROGUES ENGENDRANT LA DÉPENDANCE

Le rapport ci-après est présenté en exécution de l'une des principales responsabilités qui incombent à l'Organisation mondiale de la Santé en ce qui concerne le contrôle international des drogues engendrant la dépendance relevant de la catégorie des « stupéfiants », régis par la Convention unique sur les Stupéfiants de 1961 ou de celle des « substances psychotropes » régies par le Convention sur les Substances psychotropes signée à Vienne en 1971.

Les deux conventions sus-mentionnées stipulent que l'OMS recommandera l'adoption de mesures de contrôle appropriées pour des drogues déterminées risquant d'engendrer la dépendance et de conduire à un abus et par là d'avoir des conséquences nocives pour la santé publique et la société en général. Il faut tenir compte, dans cette évaluation, de l'utilité thérapeutique que présentent les drogues considérées.

Un Groupe consultatif OMS qui s'est réuni récemment à Genève a formulé des recommandations relatives au contrôle de plusieurs drogues. On trouvera ci-après une brève description de deux drogues pour lesquelles ce groupe a spécifiquement recommandé à l'OMS de diffuser une mise en garde en raison du danger qu'elles présentent pour la santé publique:

- ▶ **Dextropropoxyphène:** L'OMS a recommandé au Secrétaire général des Nations Unies de faire inscrire cette substance au Tableau II de la Convention de 1961. « Le Groupe a voulu souligner que les effets combinés du dextropropoxyphène et de l'alcool ou de psychodépresseurs et l'usage répandu du dextropropoxyphène comme moyen de suicide, notamment par des personnes ayant des antécédents psychiatriques, posent pour la santé publique des problèmes qui risquent de devenir graves. Comme la Convention de 1961 n'oblige pas les Parties à exiger une ordonnance médicale pour le dextropropoxyphène, s'il est inscrit au Tableau II, le Groupe a recommandé que l'OMS et le Secrétaire général des Nations Unies informent les Etats Membres de l'existence de ces problèmes. »
- ▶ **Phéncyclidine:** On enregistre depuis peu en Amérique du Nord un abus notable et répandu de cette drogue qui est expérimentée par des individus de tous âges, mais surtout par des jeunes d'âge scolaire. L'abus de la phéncyclidine et ses effets à long terme sur la santé semblent constituer un cas unique en matière de drogue, bien que certaines ressemblance existent avec l'abus des stimulants, des psychodépresseurs et des hallucinogènes. Afin d'assurer un contrôle international aussi rigoureux que possible sur la phéncyclidine tout en permettant son usage à des fins légitimes, l'OMS a recommandé au Secrétaire général des Nations Unies de maintenir la phéncyclidine au Tableau II de la Convention de 1971. Elle a aussi recommandé de faire largement connaître les dangers que comporte l'usage de cette drogue.

(Based on/D'après: Report MNH/79.33 "Review of Psychoactive Substances for International Control", Geneva, 26-28 September/septembre 1979.)

SURVEILLANCE OF SHIGELLA

FRANCE. — In 1978, the 1 357 strains isolated in France and studied by the National Shigella Reference Centre were distributed as follows:

<i>Shigella dysenteriae</i>	26 strains i.e. 1.9%
<i>Shigella flexneri</i>	351 strains i.e. 25.9%
<i>Shigella boydii</i>	23 strains i.e. 1.7%
<i>Shigella sonnei</i>	957 strains i.e. 70.5%

The number of strains received in 1978 represented a 47% increase as compared with 1977.

A clear predominance of *S. sonnei* (70.5% instead of 59.5% in 1977) was recorded. The explanation is that nearly all epidemics studied in 1978 were due to *S. sonnei*, whereas the majority of *S. flexneri* (serotype 6) originated from single cases located in four foci (Languedoc, Alsace, North, St-Etienne area).

The monthly distribution showed a peak in September and October, as in previous years.

In January 1978, a fairly widespread epidemic due to *S. sonnei* occurred in Paris and the surrounding area in various public hospitals. The source of infection could not be detected.

Ten other epidemics (nine of them with *S. sonnei* and one with *S. flexneri*) were observed, most of them in day nurseries for children or infants.

SURVEILLANCE DES SHIGELLA

FRANCE. — En 1978, les 1 357 souches isolées en France et étudiées par le Centre national de Référence des Shigella se répartissaient ainsi:

<i>Shigella dysenteriae</i>	26 souches soit 1,9%
<i>Shigella flexneri</i>	351 souches soit 25,9%
<i>Shigella boydii</i>	23 souches soit 1,7%
<i>Shigella sonnei</i>	957 souches soit 70,5%

Le nombre de souches reçues en 1978 représente 47% d'augmentation par rapport à 1977.

Une nette prédominance de *S. sonnei* (70,5% au lieu de 59,5% en 1977) a été enregistrée. Cela s'explique par le fait que presque toutes les épidémies étudiées en 1978 étaient dues à *S. sonnei*, alors que les *S. flexneri* (sérotype 6) provenaient, dans leur majorité, de cas isolés situés dans quatre foyers (Languedoc, Alsace, Nord, région de St-Etienne).

Si l'on considère la répartition mensuelle, on observe comme les années précédentes un pic en septembre et octobre.

En janvier 1978, une épidémie assez importante due à *S. sonnei* a été observée à Paris et dans la région parisienne dans différents hôpitaux du secteur public. L'origine des contaminations n'a pas pu être retrouvée.

Dix autres épidémies (dont neuf à *S. sonnei* et une à *S. flexneri*) ont été observées, la plupart dans des crèches ou des pouponnières.

(Based on/D'après: Bulletin hebdomadaire d'Information épidémiologique, Ministère de la Santé, France, No. 8, 1979.)

MEASLES SURVEILLANCE

PANAMA. — Between August and October 1978, the Office of Epidemiology received reports of 174 cases of measles in the metropolitan area of Panama City.

Active case finding in the records of the Children's Hospital by the Central Nursing Bureau of the metropolitan area turned up information on 435 cases of measles treated in the emergency ward, most of which had not been previously seen in health centres. This showed that the magnitude of the problem was greater than that conveyed by the records of the metropolitan area.

This outbreak occurred barely a year and a half after the end of the previous measles epidemic in this region. In the intervening period (April 1977 to August 1978) there was an average of 15 cases a month. The 32 cases of September are regarded as the onset of the epidemic.

Two deaths were identified during this epidemic, both in the San Miguelito district, a poor quarter of the city. The age distribution of the cases reported in the metropolitan area between August and October is shown in *Table 1*.

SURVEILLANCE DE LA ROUGEOLE

PANAMA. — D'août à octobre 1978, 174 cas de rougeole survenus dans l'agglomération de Panama ont été notifiés au Bureau d'Epidémiologie.

Un dépistage actif dans les dossiers de l'Hôpital pour Enfants, effectué par le Bureau central de soins infirmiers de la capitale, a révélé que 435 cas de rougeole avaient été soignés dans le service des urgences, la plupart n'ayant pas été examinés auparavant dans des centres de santé: le problème était donc plus important que ne le donnaient à penser les relevés de la capitale.

Cette poussée s'est produite un an et demi à peine après la fin de la précédente épidémie de rougeole dans la région. Entre-temps (d'avril 1977 à août 1978), il y avait eu en moyenne 15 cas par mois. Les 32 cas de septembre sont considérés comme marquant le déclenchement de l'épidémie.

Deux décès ont été relevés pendant cette épidémie, tous deux à San Miguelito, quartier pauvre de la ville de Panama. Le *Tableau 1* donne la répartition par groupe d'âge des cas signalés dans l'agglomération de Panama entre août et octobre.

Table 1. The Age Distribution of Measles Cases, Panama City, August-October 1978
Tableau 1. Répartition des cas de rougeole par groupe d'âge, ville de Panama, août-octobre 1978

Age	No. of Cases Nombre de cas	%	Rate per 100 000 inhabitants Cas pour 100 000 habitants
Under 1 year — Moins d'un an	49	28.2	269.3
1-4 years — 1-4 ans	80	46.0	112.9
5-9 years — 5 à 9 ans	26	14.9	32.0
10-14 years — 10 à 14 ans	10	5.7	14.1
15 and older — 15 ans et plus	8	4.6	...
Not specified — Age non précisé	1	0.6	...
Total	174	100.0	27.5

The sex distribution was even. In regard to age, the highest incidence was among children under one year of age. Forty-eight of the 49 cases in this age group were between six and 11 months old.

La répartition par sexe était équilibrée. Pour l'âge, la plus forte incidence concernait les enfants de moins d'un an. Quarante-huit des 49 enfants atteints dans ce groupe d'âge avaient entre six et 11 mois.

Based on monthly reports from health centres, the measles vaccination coverage in the metropolitan area is shown in *Table 2*.

Le *Tableau 2* donne la couverture vaccinale antirougeoleuse dans la capitale, d'après les rapports mensuels des centres de santé.

Table 2. Measles Vaccination Coverage, Panama City, 1976-June 1978
Tableau 2. Couverture vaccinale antirougeoleuse, ville de Panama, 1976-juin 1978

Age	1976	1977	1978 (1st Semester) (1 ^{er} semestre)
Under 1 year — Moins d'un an	33.4%	26.7%	34.4%
1-4 years — 1 à 4 ans	38.1%	59.0%	...

A study of the vaccination histories of 105 of the 174 reported cases showed that only 10.5% were protected against measles and that, for every four of these children, only one had been vaccinated for DPT and polio. This means that, just as these children contracted measles, they are in equal danger of contracting any of the other diseases.

L'étude des antécédents vaccinaux de 105 des 174 cas notifiés a révélé que seuls 10,5% des enfants atteints étaient protégés contre la rougeole et qu'un *seulement* sur quatre avait reçu les vaccins DTC et antipoliomyélique. Cela signifie que ces enfants, qui ont contracté la rougeole, risquent tout autant de contracter l'une quelconque des autres maladies.

The aforementioned survey showed that 72.2% of the affected children had always lived in the same house. Thus, population movements were not a decisive factor in the low vaccination coverage.

L'étude susmentionnée précise que 72,2% des enfants atteints avaient toujours vécu sous le même toit, de sorte que les mouvements de population n'étaient pas un facteur décisif dans la faible couverture vaccinale.

Some of the reasons given for these children not having been vaccinated were:

Pour expliquer pourquoi ces enfants n'avaient pas été vaccinés, on a invoqué, entre autres, les raisons suivantes:

- (a) Failure to show up for appointments even in the wake of household visits.
- (b) Unverifiable reports by mothers that their children had already had measles.
- (c) Refusal by the mother to allow her child to be vaccinated.
- (d) Illness on the day of the appointment.
- (e) Control in a private clinic.
- (f) Control in the social security service.
- (g) Lack of vaccine in the health centre on the day of the appointment (two cases).

- a) L'enfant ne s'était pas présenté au rendez-vous, même après une visite à domicile.
- b) La mère avait affirmé, sans vérification possible, que l'enfant avait déjà eu la rougeole.
- c) La mère refusait de laisser vacciner son enfant.
- d) L'enfant était malade le jour du rendez-vous.
- e) Il y avait eu un contrôle dans un dispensaire privé.
- f) Il y avait eu un contrôle dans les services de la sécurité sociale.
- g) Le centre de santé n'avait pas de vaccin le jour du rendez-vous (deux cas).

Vaccination Histories

Antécédents vaccinaux

Vaccine — Vaccin	Vaccinated Vaccinés	Not Vaccinated Non vaccinés	Unknown Indéterminés	% Vaccinated de vaccinés
Measles — Antirougeoleux	11	56	38	10.5
DPT — DTC	28	44 *	33	26.7
Polio — Antipoliomyélitique	27	45 **	33	25.7

* Includes 17 who did not receive the full course of inoculations.
 ** Includes 32 who did not receive the full course of inoculations.

* Dont 17 n'avaient pas reçu toutes les injections.
 ** Dont 32 n'avaient pas reçu toutes les injections.

Following are the salient conclusions and recommendations of the Office of Epidemiology which are now being implemented:

1. The need to plan for a permanent vaccination service at each health centre as of 1979.
2. A public information and community motivation campaign to demonstrate the importance of vaccinating all susceptible children and to emphasize the parents' responsibility for ensuring that this is done.
3. The establishment of contacts with authorities, national leaders, government organizations, occupational associations and individuals to enlist their influence on segments of the population so as to improve communication between the community and the health institutions.

Le Bureau d'épidémiologie a formulé les principales conclusions et recommandations suivantes, qui sont actuellement mises en œuvre:

1. Il faut prévoir un service permanent de vaccination dans chaque centre de santé à partir de 1979.
2. Il faut entreprendre une campagne d'information du public et de motivation de la collectivité pour montrer qu'il importe de vacciner tous les enfants réceptifs et pour souligner la responsabilité des parents à cet égard.
3. Il faut nouer des contacts avec les autorités, les dirigeants nationaux, l'administration, les associations professionnelles et les personnalités pour les convaincre d'user de leur influence auprès de certaines catégories de la population afin d'améliorer la communication entre la communauté et les institutions sanitaires.

(Based on/D'après: *Bol. Epid. Panamá*, Vol. III, No. 11, November/novembre 1978 and/*et EPI Newsletter*, Vol. I, No. 3.)

CHOLERA SURVEILLANCE

SURVEILLANCE DU CHOLÉRA

ITALY. — On 2 November 1979, provincial health authorities reported a case of cholera in a 75 year-old woman from a suburb of Cagliari in the island of Sardinia. Within 24 hours, the isolate from the patient had been confirmed at the *Istituto Superiore di Sanità* to be *Vibrio cholerae*, serotype 01, and a team from the institute was on the scene to assist in the epidemiological investigation. Nine additional cases of infection with *V. cholerae* were ultimately identified. The last case was reported on 10 November 1979. Six cases were hospitalized, three recovered from mild diarrhoea at home, and one was asymptomatic. There were no deaths. Epidemiological investigation, including interviews of uninfected age- and sex-matched controls from neighbourhoods of the cases, implicated clams as a vehicle of transmission. *V. cholerae*, serotype 01, was also isolated from water and clams from a lagoon that receives raw sewage from part of the city. Shellfish from the lagoon were known to be locally available in violation of the law, from unlicensed vendors. All clinical and environmental isolates of the agent were of serotype Ogawa, biotype *eltor*, phage type 4.

ITALIE. — Le 2 novembre 1979, les autorités provinciales de la santé ont notifié un cas de choléra chez une femme de 75 ans habitant un faubourg de Cagliari en Sardaigne. Dans les 24 heures, la souche isolée a été identifiée à l'*Istituto Superiore di Sanità* comme étant le *Vibrio cholerae*, sérotype 01, et une équipe de l'institut s'est rendue sur place pour participer à l'enquête épidémiologique. Neuf autres cas d'infection à *V. cholerae* ont été enregistrés. Le dernier cas a été notifié le 10 novembre 1979. Six malades ont été hospitalisés, trois se sont rétablis à domicile d'une diarrhée bénigne et un n'a accusé aucun symptôme clinique. Il n'y a pas eu de décès. L'enquête épidémiologique, qui comportait l'interrogatoire de voisins non infectés, d'âge et de sexe correspondants, a révélé que les palourdes étaient l'agent de transmission. On a également isolé *V. cholerae*, sérotype 01, dans l'eau et les palourdes d'une lagune recueillant les eaux d'égout brutes d'une partie de la ville. On sait que des coquillages provenant de cette lagune étaient vendus illégalement par des marchands non patentés. Toutes les souches isolées, provenant des cas et de l'environnement, étaient de sérotype Ogawa, biotype *eltor*, phage de groupe 4.

Control measures included prohibition of sale or consumption of shellfish in the province of Cagliari, enforcement of regulation against unlicensed vendors and against fishing in the lagoon, periodic sampling of sewers with Moore swabs in search of *V. cholerae*, and institution of a province-wide surveillance system for *V. cholerae* infection in cases of uncomplicated diarrhoea. No mass vaccination or chemoprophylaxis campaigns were instituted.

Les mesures de lutte suivantes ont été appliquées: interdiction de vendre et de consommer des coquillages dans la province de Cagliari; pénalisation des vendeurs sans patente et de la pêche dans la lagune; prélèvements périodiques d'échantillons dans les égouts, au moyen de l'écouvillon de Moore, à la recherche de *V. cholerae*; et institution, à l'échelle provinciale, d'un système de surveillance pour l'infection à *V. cholerae* dans les cas de diarrhée sans complications. Aucune campagne de vaccination de masse ou de chimio-prophylaxie n'a été mise sur pied.

(Based on/D'après: *Istituto Superiore di Sanità*, Rome, Report of 5 December/décembre 1979.)

YELLOW-FEVER VACCINATING CENTRES FOR INTERNATIONAL TRAVEL

CENTRES DE VACCINATION CONTRE LA FIÈVRE JAUNE POUR LES VOYAGES INTERNATIONAUX

Amendment to 1976 publication

Amendement à la publication de 1976

Union of Soviet Socialist Republics

Union des Républiques socialistes soviétiques

Insert:

Insérer:

Arkhangelsk: Central Basin Polyclinic

VACCINATION CERTIFICATE REQUIREMENTS FOR INTERNATIONAL TRAVEL

CERTIFICATS DE VACCINATION EXIGÉS DANS LES VOYAGES INTERNATIONAUX

Amendment to 1980 publication

Amendement à la publication de 1980

Lao People's Democratic Republic
 République démocratique populaire lao

Delete all information regarding cholera — Supprimer tous les renseignements concernant le choléra.

INFLUENZA SURVEILLANCE

CZECHOSLOVAKIA (19 December 1979). — One strain of virus identical to A/Texas/1/77 (H3N2) has been isolated in Slovakia from a 28 year old patient. This is the first and only case this winter for the whole country, where the incidence of acute respiratory disease is normal for the season.

UNITED STATES OF AMERICA (21 December 1979). —¹ Strains of virus B were isolated recently in four states. The isolates from Arizona and California have already been mentioned.¹ They were obtained from two college students who became ill during the last week of November; no outbreaks in the colleges or the surrounding communities have been detected.

An outbreak of influenza-like illness was observed from 5-14 December in all schools of a county in Illinois, with an absentee rate reaching 33% in some schools; a strain of virus B was isolated from a six year old child. In Wisconsin, from 2 to 13 December, seven strains of virus B were isolated from children 12 to 14 years old during an outbreak in a secondary school in Madison, and a few strains of virus B were obtained from isolated cases in various counties; in one of them, where the strain was obtained from a 12 year old child, school absenteeism increased up to 34%.

¹ See No. 51/52, 1979, p 400.

SURVEILLANCE DE LA GRIPPE

TCHÉCOSLOVAQUIE (19 décembre 1979). — Une souche de virus identique à A/Texas/1/77 (H3N2) a été isolée en Slovaquie chez un malade de 28 ans dans un cas isolé. Il s'agit du premier cas de cet hiver pour l'ensemble du pays, où l'incidence des affections respiratoires aiguës est normale pour la saison.

ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE (21 décembre 1979). —¹ Des souches de virus B ont été isolées récemment dans quatre états. Les isolats d'Arizona et de Californie ont déjà été mentionnés.¹ Ils furent obtenus chez deux élèves de collèges dont la maladie avait commencé pendant la dernière semaine de novembre; ces cas ne furent pas suivis de poussées dans les collèges ou dans l'entourage des malades.

Une poussée d'affections d'allure grippale a ensuite été observée du 5 au 14 décembre dans toutes les écoles d'un comté d'Illinois, avec un taux d'absentéisme atteignant 33% dans certaines écoles; une souche de virus B a été isolée chez un enfant de six ans. Dans le Wisconsin, on a isolé entre le 2 et le 13 décembre sept souches de virus B chez des enfants de 12 à 14 ans au cours d'une poussée dans une école secondaire de Madison, ainsi que quelques souches de virus B dans des cas isolés survenus dans divers comtés; dans l'un d'eux, où la souche provenait d'un enfant de 12 ans, on a signalé un absentéisme scolaire allant jusqu'à 34%.

¹ Voir N° 51/52, 1979, p. 400.

DISEASES SUBJECT TO THE REGULATIONS — MALADIES SOUMISES AU RÈGLEMENT

Notifications Received from 4 to 10 January 1980 — Notifications reçues du 4 au 10 janvier 1980

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

PLAGUE — PESTE America — Amérique		CHOLERA † — CHOLÉRA † Asia — Asie		INDONESIA (cont'd) INDONÉSIE (suite)	C D
BOLIVIA — BOLIVIE	15.VII-11.VIII	BURMA — BIRMANIE	23-29.XII	THAILAND — THAÏLANDE	23 0
La Paz Department	2 0	DEMOCRATIC YEMEN YÉMEN DÉMOCRATIQUE	22-28.XII	INDONÉSIE (suite)	16-22.XII
La Paz Department	17.VI-14.VII	INDONESIA — INDONÉSIE	16-22.XII	INDONÉSIE (suite)	18 0
Asia — Asie				INDONÉSIE (suite)	9-15.XII
BURMA — BIRMANIE	23-29.XII			INDONÉSIE (suite)	23 1
Shan State				INDONÉSIE (suite)	9-15.XII
Taunggyi District	1 0			INDONÉSIE (suite)	23 1

† The total number of cases and deaths reported for each country occurred in infected areas already published or in newly infected areas (see below) / Tous les cas et décès notifiés pour chaque pays se sont produits dans des zones infectées déjà signalées ou dans des zones nouvellement infectées (voir ci-dessous).

Newly Infected Areas as on 10 January 1980 — Zones nouvellement infectées au 10 janvier 1980

For criteria used in compiling this list, see No. 1, page 5 — Les critères appliqués pour la compilation de cette liste sont publiés dans le N° 1, à la page 5.

The complete list of infected areas was last published in WER No. 51/52, 1979, page 396. 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° 51/52, 1979, page 396. Pour sa mise à jour, il y a lieu de consulter les Relevés publiés depuis lors où figurent les listes de zones à ajouter et à supprimer. La liste complète est généralement publiée une fois par mois.

PLAGUE — PESTE America — Amérique	CHOLERA — CHOLÉRA Asia — Asie	THAILAND — THAÏLANDE	Pathum Thani Province Sam Khok District Phetchabun Province Phetchabun District Samut Prakan Province Bang Bo District Samut Songkhram Province Amphawa District Saraburi Province Saraburi District
BOLIVIA — BOLIVIE La Paz Department	BURMA — BIRMANIE Tavoy (P) INDONESIA — INDONÉSIE Jawa Barat (West Java) Province Ciamis Regency	Bangkok (Phra Nakhon) Province Nong Chok District Chumphon Province Thung Tako District Kanchanaburi Province Kanchanaburi District Lop Buri Province Chai Badan District Nonthaburi Province Pak Kret District	

**Areas Removed from the Infected Area List between 4 and 10 January 1980
Zones supprimées de la liste des zones infectées entre les 4 et 10 janvier 1980**

For criteria used in compiling this list, see No. 1, page 5 — Les critères appliqués pour la compilation de cette liste sont publiés dans le N° 1, à la page 5.

CHOLERA — CHOLÉRA Asia — Asie	YELLOW FEVER — FIÈVRE JAUNE America — Amérique
SYRIAN ARAB REPUBLIC RÉPUBLIQUE ARABE SYRIENNE THAILAND — THAÏLANDE Nakhon Ratchasima Province Khon Buri District Nakhon Ratchasima District	VENEZUELA Zulia State Mara D.: Luis de Vicente Municipio