



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 Téléc 27821

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

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

22 MAY 1981

56th YEAR — 56^e ANNÉE

22 MAI 1981

EXPANDED PROGRAMME OF IMMUNIZATION IN THE EASTERN MEDITERRANEAN REGION

In May 1974, when the World Health Assembly officially launched the Expanded Programme of Immunization (EPI) (Resolution WHA27.57) the immunization of children was not a new endeavour for countries of this Region.

However, in all but three or four countries, the coverage of MCH services was low in comparison to the annual number of births, and the coverage by triple diphtheria, pertussis and tetanus vaccine (DPT) and trivalent oral polio vaccine (TOPV) correspondingly low. A number of countries had fairly efficient immunization programmes for children in the first year of primary school, using BCG, diphtheria toxoid and TOPV; some were providing measles vaccine on small scale. None were attempting to control neonatal tetanus by the immunization with toxoid of pregnant women or women of reproductive age. Indeed this last-mentioned activity is only now beginning, in spite of the fact that the Region contains some countries where the death rate from neonatal tetanus is well above two per 1 000 live births, and some where surveys have indicated that it is above ten.

As a first step towards implementation of the EPI, a seminar was held in Damascus in September 1975, in which 19 out of the (then) 24 countries of the Region participated. It was apparent at this meeting that the recording system of immunizations performed was such that almost no country was able to bring to the seminar data on the number of immunizations being performed by age and by dose and the extent of immunization in young children had to be deduced from the amounts of vaccines purchased or produced. As a result of this seminar, collaboration with WHO in the EPI began on the part of a number of countries, including Afghanistan, Democratic Yemen, Sudan, the Syrian Arab Republic and Yemen, with Iran providing bilateral aid to Pakistan to begin an EPI in the North-West Frontier Province of that country.

Over the next two years many countries began to intensify their existing national programmes and to plan in a systematic way for the nation-wide coverage specified in the WHA resolution. A second regional seminar was held in Alexandria in December 1977, in which the eight countries which were already actively preparing expanded national programmes participated. At this seminar several countries were now able to report on immunizations by age and by dose, and a systematic attempt was begun to collect data on the annual incidence of the six target diseases. In retrospect, the seminars of 1975 and 1977 in Damascus and Alexandria proved invaluable. That of Damascus confirmed the opinion of governments that the EPI was a necessary programme likely to be cost-effective; whereas at Alexandria, the technical issues of EPI were thoroughly discussed. Decisions were made on immunization schedules, with emphasis on coverage below the age of one year, and on cold chain management, paying particular attention to regular temperature monitoring. In the light of a study by UNRWA and to prevent transmission of hepatitis B infection, it was decided to use disposable syringes as far as possible, which is a feature of the EPI in this region.

PROGRAMME ÉLARGI DE VACCINATION DANS LA RÉGION DE LA MÉDITERRANÉE ORIENTALE

En mai 1974, lorsque l'Assemblée mondiale de la Santé a lancé officiellement, par sa résolution WHA27.57, le Programme élargi de Vaccination (PEV), la vaccination des enfants n'était pas une nouveauté dans les pays de cette Région.

Cependant, sauf dans trois ou quatre, la couverture des services SMI était faible par rapport au nombre annuel de naissances, de même que la couverture par le triple vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC) et par le vaccin antipoliomyélitique trivalent oral (VPTO). Un certain nombre de pays avaient des programmes de vaccination assez efficaces pour la première année de scolarisation (BCG, anatoxine diphtérique et VPTO); certains vaccinaient contre la rougeole à petite échelle. Aucun n'essayait de lutter contre le tétanos des nouveau-nés par la vaccination des femmes enceintes ou en âge de procréer. D'ailleurs, on commence seulement à le faire aujourd'hui, bien que dans certains pays de la Région le taux de décès dus au tétanos des nouveau-nés soit bien supérieur à deux pour mille naissances vivantes et que, dans d'autres, des enquêtes aient indiqué qu'il est supérieur à dix.

Le premier pas vers l'application d'un PEV fut l'organisation à Damas en septembre 1975 d'un séminaire, auquel participèrent 19 des 24 pays constituant alors la Région, et où l'on constata que le système d'enregistrement des vaccinations effectuées était tel que pratiquement aucun pays ne pouvait fournir de données sur le nombre de vaccinations par âge et par dose, si bien que la couverture vaccinale des jeunes enfants dut être calculée à partir des quantités de vaccin achetées ou produites. A la suite de ce séminaire, un certain nombre de pays, dont l'Afghanistan, la République arabe syrienne, le Soudan, le Yémen et le Yémen démocratique, se mirent à travailler au PEV en collaboration avec l'OMS, tandis que l'Iran fournissait une aide bilatérale au Pakistan pour entreprendre un programme dans la province de la frontière du Nord-Ouest.

Les deux années suivantes, de nombreux pays commencèrent à intensifier leurs programmes nationaux et à établir des plans pour assurer systématiquement la couverture nationale prévue dans la résolution de l'OMS. Un deuxième séminaire régional eut lieu à Alexandrie en 1977 avec la participation des huit pays qui préparaient déjà activement un programme national élargi. A ce séminaire, plusieurs pays purent présenter des données sur la vaccination par âge et par dose et l'on commença à essayer de rassembler systématiquement des données sur l'incidence annuelle des six maladies visées. Rétrospectivement, on se rend compte que ces deux séminaires (Damas 1975 et Alexandrie 1977) furent précieux, car le premier confirma aux gouvernements qu'un PEV est un programme nécessaire et susceptible d'être «rentable» tandis que le deuxième permit une discussion approfondie des aspects techniques d'un tel programme. Des décisions furent prises concernant les calendriers de vaccination, surtout pour les moins de un an, et la gestion de la chaîne du froid, en particulier le contrôle régulier de la température. Compte tenu d'une étude de l'UNRWA et pour prévenir la transmission de l'hépatite B, il fut décidé d'utiliser autant que possible des seringues jetables, ce qui est l'un des traits caractéristiques du PEV dans cette Région.

Epidemiological notes contained in this number:

Expanded Programme on Immunization, Influenza Surveillance, Monitoring and Control of Drugs of Dependence, Respiratory Diseases Surveillance, Surveillance of *Neisseria gonorrhoeae* Producing β -Lactamase (PPNG).

List of Infected Areas, p. 159.

Informations épidémiologiques contenues dans ce numéro:

Programme élargi de vaccination, surveillance de la grippe, surveillance de *Neisseria gonorrhoeae* produisant de la β -lactamase (PPNG), surveillance des maladies respiratoires, surveillance et contrôle des médicaments engendrant la dépendance.

Liste des zones infectées, p. 159.

Since the beginning of 1978, there has been a steady increase in the countries cooperating with the WHO in EPI, and by the end of 1981 there will be scarcely any which are not in one way or another collaborating directly in the programme, e.g., with specific plans of action; by participating in national, regional and inter-regional training courses; by holding programme reviews with WHO participation; by contributing voluntary funds for the EPI in the Region; by providing vaccine potency-testing facilities for fellow Member States; and, increasingly, by supplying the kinds of data essential to evaluating the programme on a national, regional and global basis.

In common with other regions, the Eastern Mediterranean Region has made considerable investments in training in the EPI. Many short courses have been held locally for training vaccinators or provincial operations officers or MCH centre staff. There have also been regional and national courses in planning, management and evaluation for senior level staff and—a new venture—courses specifically on the logistics and management of the cold chain, including maintenance and simple repairs.

Coverage evaluations and general programme reviews are being carried out in national programmes, and the data now regularly supplied by countries begin to make it possible to monitor the programme regionally. Whereas, for 1974 only 12 countries could report immunizations by dose, 19 countries were able to submit such data for 1979, and those 19 covered 93% of the Region's population. In 1977, only one country could provide data on immunizations by age, but 14 countries were able to provide such data for 1979.

Table 1 shows that between 1974 and 1979 the percentage of children receiving a full course of DPT and TOPV has more than quadrupled. The achievement in respect of measles vaccine (often given with the third dose of DPT and TOPV if the child is over nine months of age) is similar. In 1979, an estimated 10 548 000 children were born and survived to age six months. In that year, 3 064 393 doses of measles vaccine were given, of these 1 660 894 doses to infants before the age of 12 months, representing a 15.7% coverage.

Table 1. Immunization Performance, Eastern Mediterranean Region, 1974-1979
Tableau 1. Niveau de vaccination, région de la Méditerranée orientale, 1974-1979

Year — Année	Estimated No. of Eligible Infants (Live Births x 935) Nombre estimatif d'enfants vivants (naissances vivantes x 0,935)	Estimated/Reported No of 3rd DPT and 3rd TOPV Given to Children under 5 Years of Age Nombre estimatif/notifié de 3 ^e DTC et de 3 ^e VPTO administrées aux moins de 5 ans	Estimated/Reported No of 3rd DPT and 3rd TOPV Given to Children below One Year of Age Nombre estimatif/notifié de 3 ^e DTC et de 3 ^e VPTO administrées aux moins de 1 an	Percentages of Children under 1 Year of Age Receiving 3 Doses DPT and TOPV Pourcentage d'enfants de moins de 1 an recevant 3 doses de DTC et de VPTO
1974	9 133 000	721 000	356 000	3.9
1975	9 486 000	1 225 000	605 000	6.4
1976	9 740 000	1 210 000	598 000	6.1
1977	9 931 000	2 322 000	1 147 000	11.5
1978	10 241 000	2 339 000	1 155 000	11.3
1979	10 548 000	3 773 000	1 864 000	17.7

Table 2 shows the number of countries reporting immunizations performed by dose and by age. The reporting of the other element essential to evaluation of an EPI, namely the incidence of the six target diseases, has also improved somewhat from 1974 to 1979. Table 3 shows the number of countries reporting and Table 4 the incidence rates per 100 000 population for each of the six diseases. On the whole, slight decreases were registered for 1979, and one would like to think that this represents an improvement in the situation, as a result of the immunization programme. It may be that we are beginning to see for some diseases the early signs of a fall in incidence. However, while most countries are now providing incidence data, the reporting within many of them is far from complete, not only for measles and pertussis for which under-reporting is the rule, but also often for tetanus, poliomyelitis and diphtheria.

Table 2. Number of Countries* Reporting DPT and Polio Immunizations by Dose only and by Dose and Age, Eastern Mediterranean Region, 1974-1979

Tableau 2. Nombre de pays* notifiant les vaccinations DTC et polio, par dose seulement et par dose et par âge, Région de la Méditerranée orientale, 1974-1979

Year — Année	Reporting by Dose Notification par dose	Reporting by Dose and Age Notification par dose et par âge
1974	12	—
1975	14	—
1976	14	—
1977	16	1
1978	19	6
1979	19	14

*Out of 23 countries in the Region. — Sur les 23 pays de la Région

Le nombre de pays coopérant avec l'OMS dans le cadre du PEV a beaucoup augmenté depuis le début de 1978 et, fin 1981, il n'y en aura presque aucun qui n'y collaborera pas directement, d'une façon ou d'une autre, avec un plan d'action spécifique, par exemple en participant aux stages de formation nationaux, régionaux et inter-régionaux, en faisant des bilans de programmes, avec la participation de l'OMS, en versant des contributions volontaires au PEV de la Région, en mettant à la disposition des autres Etats Membres des installations de contrôle de l'activité des vaccins et, de plus en plus, en fournissant le genre de données indispensables pour évaluer un programme sur une base nationale, régionale et mondiale.

Comme les autres Régions, celle de la Méditerranée orientale a beaucoup investi dans la formation pour le PEV. Il y a eu de nombreux stages locaux de brève durée pour la formation de vaccinateurs, de responsables provinciaux des opérations ou de personnels de centres SMI. Il y a eu aussi des stages régionaux et nationaux de planification, de gestion et d'évaluation à l'intention de hauts fonctionnaires et — nouvelle initiative — des stages consacrés à la logistique et à la gestion de la chaîne du froid, y compris les problèmes d'entretien et les réparations simples.

Les programmes nationaux comportent des évaluations de la couverture et des bilans généraux et, avec les données que fournissent désormais régulièrement les pays, on commence à pouvoir contrôler le programme au niveau régional. Alors qu'en 1974 seuls 12 pays pouvaient indiquer les vaccinations par dose, en 1979, ils étaient 19 à le faire, et ces 19 pays représentent 93% de la population de la Région. En 1977, un seul pays pouvait fournir des données sur les vaccinations par âge, contre 14 en 1979.

Le Tableau 1 montre qu'entre 1974 et 1979, le pourcentage d'enfants ayant reçu toutes les doses de vaccins DTC et VPTO a plus que quadruplé. Les chiffres concernant le vaccin contre la rougeole (souvent administré avec la troisième dose de DTC et de VPTO si l'enfant a plus de neuf mois) sont similaires. Pour 1979, on estime à 10 548 000 le nombre d'enfants nés et ayant survécu jusqu'à six mois et cette année-là, 3 064 393 doses de vaccin antirougeoleux ont été administrées, dont 1 660 894 à des moins de 12 mois, ce qui représente une couverture de 15,7%.

Le Tableau 2 montre le nombre de pays notifiant les vaccinations par dose et par âge. La notification de l'autre élément indispensable à l'évaluation du PEV, c'est-à-dire l'incidence des six maladies cibles, s'est aussi améliorée un peu de 1974 à 1979. Le Tableau 3 indique le nombre de pays faisant ces notifications et le Tableau 4 les taux d'incidence pour chacune des six maladies, par 100 000 habitants. Dans l'ensemble, de faibles baisses ont été enregistrées pour 1979, et l'on aimerait croire que cela représente une amélioration de la situation due au programme de vaccination. Peut-être commence-t-on à voir les premiers signes d'une baisse de l'incidence de certaines maladies. Cependant, si la plupart des pays donnent maintenant des chiffres d'incidence, la notification à l'intérieur de nombre d'entre eux est loin d'être complète, non seulement pour la rougeole et la coqueluche, pour lesquelles la sous-notification est de règle, mais souvent aussi pour le tétanos, la poliomyélite et la diphtérie.

Table 3. Number of Countries* Reporting Incidence of at least One and of All Six EPI Target Diseases, Eastern Mediterranean Region, 1974-1979

Tableau 3. Nombre de pays* notifiant l'incidence d'au moins une et de l'ensemble des six maladies cibles du PEV, Région de la Méditerranée orientale, 1974-1979

Year - Année	Reporting at Least One Disease Notification d'au moins une maladie	Reporting all Six Diseases Notification des six maladies
1974	17	4
1975	21	4
1976	21	10
1977	22	11
1978	21	10
1979	21	14

* Out of 23 countries in the Region. — Sur les 23 pays de la Région.

Table 4. Reported Incidence per 100 000 Population of the Six EPI Target Diseases, Eastern Mediterranean Region, 1974-1979
Tableau 4. Incidence notifiée pour les six maladies cibles du PEV, par 100 000 habitants, Région de la Méditerranée orientale, 1974-1979

Year - Année	Population* (000s) Population* (milliers)	Reported Incidence Rate - Incidence notifiée					
		Diphtheria Diphthérie	Measles Rougeole	Pertussis Coqueluche	Polio Polio	Tetanus Tétanos	Tuberculosis Tuberculose
1974	222 350	2.3	70.2	37.8	2.3	0.6	171.7
1975	228 330	3.2	87.5	50.2	3.2	1.7	171.6
1976	234 120	2.3	62.0	42.6	3.8	1.0	84.6
1977	238 410	1.6	74.6	19.3	1.9	2.4	68.7
1978	245 720	4.2	94.4	81.1	2.8	4.0	101.8
1979	254 810	1.5	88.6	26.2	2.3	1.3	51.5

* Source: Demographic Yearbook, U.N., 1978. — Source: Annuaire démographique, ONU, 1978

Nevertheless, the progress of the EPI in the Region in the last six years gives cause for general satisfaction. The main tasks for the 1980s are to maintain a steady increase in coverage and to sharpen considerably the instruments of evaluation. The first will necessitate reaching well beyond the limits of coverage of present health services, so that in some cases the EPI will have to be the spearhead of primary health care. The second task will include coverage evaluation surveys and the improvement of epidemiological surveillance of all six diseases until it provides a reliable measure of the ultimate effectiveness of the EPI.

If, during the 1980s, anything like the same degree of expansion can be sustained, it seems highly probable that the 1990 target of the EPI will be reached in the Region.

Cependant, il y a lieu d'être globalement satisfait des progrès du PEV dans la Région ces six dernières années. Les principales tâches pour les années 80 sont de continuer à améliorer la couverture et d'affiner considérablement les instruments d'évaluation. La première tâche obligera à déborder largement les limites de l'action des actuels services de santé, et dans certains cas le PEV devra être le fer de lance des soins de santé primaires. La deuxième tâche englobera l'organisation d'enquêtes d'évaluation de la couverture et l'amélioration de la surveillance épidémiologique des six maladies de façon à pouvoir obtenir des mesures fiables de l'efficacité du PEV.

Si, durant les années 80, l'expansion peut se poursuivre au même rythme, il est fort probable que l'objectif du PEV pour 1990 sera atteint dans la Région.

MONITORING AND CONTROL OF DRUGS OF DEPENDENCE

The World Health Organization has a statutory responsibility 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).

In a recent review of psychoactive substances for international control, an advisory group considered in detail the data that had been submitted on nine anorectic substances.

It was decided that data on the pharmacology, dependence potential, animal and human toxicity, clinical pharmacology, abuse liability, degree and extent of therapeutic usefulness, evidence of illicit traffic, as well as evidence of public health and social consequences in both the developed and developing countries, needed to be considered prior to making recommendations. The Group discussed each drug individually with regard to Article 2, paragraphs 1 and 4 of the 1971 Convention to determine if the drug merited controls. Factors taken into account were the capacity to produce dependence of the amphetamine type, to produce a toxic psychosis of the amphetamine type, to determine whether the substance had produced abuse and ill effects similar to those brought about by the substances already controlled, such as dexamphetamine, phenmetrazine and amfepramone, and whether the substance is being or is likely to be abused so as to constitute a public health and social problem warranting the placing of the substance under international control.

The following conclusions were reached:

▲ **Phenmetrazine:** Using the criteria described above, there was evidence that the drug had an abuse liability similar to that of dexamphetamine and had given rise to similar public health and social

SURVEILLANCE ET CONTRÔLE DES MÉDICAMENTS ENGENDRANT LA DÉPENDANCE

L'Organisation mondiale de la Santé a une responsabilité officielle en ce qui concerne le contrôle international des médicaments engendrant la dépendance qui entrent dans la catégorie des « stupéfiants » contrôlés au titre de la Convention unique de 1961, ou des « psychotropes » contrôlés au titre de la Convention de 1971 sur les Substances psychotropes (Vienne).

Dans le cadre d'un examen récent de substances psycho-actives en vue du contrôle international, un groupe consultatif a étudié en détail les données qui avaient été soumises à propos de neuf substances anorexigènes.

Il a été décidé qu'avant de formuler des recommandations, il était nécessaire d'examiner les données concernant la pharmacologie, le potentiel de dépendance, la toxicité pour l'animal et pour l'homme, la pharmacologie clinique, le risque d'abus, le degré et l'étendue de l'utilité thérapeutique, les preuves de trafic illicite, de même que les preuves des conséquences sur la santé publique et sociale, tant dans les pays industrialisés que dans les pays en développement. Le Groupe a examiné chaque médicament individuellement, eu égard à l'Article 2, paragraphes 1 et 4 de la Convention de 1971, pour déterminer si le médicament nécessitait des contrôles. Les facteurs pris en compte étaient la capacité de produire une dépendance du type amphétaminique, une psychose toxique du même type, le fait que la substance avait ou non suscité des abus et produit des effets nocifs semblables à ceux que provoquent les substances déjà contrôlées, telles que la dexamphétamine, la phénmétrazine et l'amfépramone; ainsi que la possibilité que la substance fasse ou puisse faire l'objet d'abus de manière à constituer un problème de santé publique et un problème social justifiant de placer cette substance sous contrôle international.

Le Groupe est arrivé aux conclusions ci-après:

▲ **Phenmétrazine:** Selon les critères ci-dessus, il existe des preuves que ce médicament comporte le même risque d'abus que la dexamphétamine et suscite des problèmes de santé publique et des problè-

problems. The Group concluded that currently there was no evidence to recommend a change in its level of control under the 1971 Convention.

▲ **Amfépramone:** Using the criteria described above, there was evidence that this drug has a definite abuse liability of the amphetamine type, but less than those of dexamphetamine, giving rise to similar, but lesser public health and social problems. The Group concluded that currently there was no evidence to recommend a change in its level of control under the 1971 Convention.

▲ **Phendimétrazine:** Using the criteria described above, there was evidence that this drug had a dependence potential and abuse liability similar to, but less than those of dexamphetamine giving rise to similar, but lesser public health and social problems. The Group concluded that there currently was adequate evidence to recommend control under Schedule IV of the 1971 Convention.

▲ **Phentermine:** Using the criteria described above, there was evidence that this drug had a dependence-potential and abuse liability similar to, but less than those of dexamphetamine giving rise to similar, but less public health and social problems. The Group concluded that there currently was adequate evidence to recommend control under Schedule IV of the 1971 Convention.

▲ **Benzphétamine:** Using the criteria described above, there was evidence that this drug had a dependence potential and abuse liability similar to, but less than those of dexamphetamine giving rise to similar, but lesser public health and social problems. The Group concluded that there currently was adequate evidence to recommend control under Schedule IV of the 1971 Convention.

▲ **Mazindol:** Using the criteria described above, there was evidence that this drug had a dependence potential and a likelihood of abuse liability similar to, but less than those of dexamphetamine giving rise to similar, but lesser public health and social problems. The Group concluded that there currently was adequate evidence to recommend control under Schedule IV of the 1971 Convention.

▲ **Fenfluramine:** Using the criteria described above, there was evidence that this drug did not have amphetamine-like abuse liability nor was there evidence of significant public health and social problems. The Group further recognized that fenfluramine was the prototype of anorectics with a pharmacological profile, dependence potential and mechanism of action distinct from those of dexamphetamine. The Group concluded that there currently was insufficient evidence to recommend control under the 1971 Convention.

▲ **Chlorphentermine:** Using the criteria described above, there was evidence that this drug did not have amphetamine-like abuse liability, nor was there evidence of significant public health and social problems. Evidence was presented that the mode of action of the drug more closely resembles that of fenfluramine than that of dexamphetamine. The Group concluded that there currently was insufficient evidence to recommend control under the 1971 Convention.

▲ **Clortermine:** Using the criteria described above, there was evidence that this drug did not have amphetamine-like abuse liability, nor was there evidence of significant public health and social problems. Evidence was presented that in respect of the mode of action this drug may more closely resemble fenfluramine than dexamphetamine. The Group concluded that there currently was insufficient evidence to recommend control under the 1971 Convention.

On the proposal of WHO to the Secretary General of the United Nations, the 30 members of the United Nations Commission on Narcotic Drugs, at its 30th session in Vienna in February 1981, endorsed these recommendations to control benzphétamine, phendimétrazine, phentermine, and mazindol in Schedule IV of the 1971 Convention.

The Group also reviewed data available on phencyclidine and its analogues and a number of combination products containing a controlled psychotropic substance.¹

¹ See No 2, 1980, p. 13.

² Copies are available from the Division of Mental Health.

mes sociaux similaires. Le Groupe a conclu qu'il n'y avait actuellement aucun élément pour recommander que son degré de contrôle au titre de la Convention de 1971 soit modifié.

▲ **Amfépramone:** Selon les critères ci-dessus, il existe des preuves que ce médicament comporte un risque net d'abus de type amphétaminique, mais moindre que celui de la dexamphétamine, et qu'il suscite des problèmes de santé publique et des problèmes sociaux similaires, mais moindres. Le Groupe a conclu qu'il n'y avait actuellement aucun élément pour recommander que son degré de contrôle au titre de la Convention de 1971 soit modifié.

▲ **Phendimétrazine:** Selon les critères ci-dessus, il existe des preuves que ce médicament a un potentiel de dépendance et comporte un risque d'abus, similaires à ceux de la dexamphétamine, mais moindres, et qu'il suscite des problèmes de santé publique et des problèmes sociaux similaires, mais moindres. Le Groupe a conclu qu'il y avait actuellement des preuves suffisantes pour recommander la mise sous contrôle de ce composé et son inscription au tableau IV de la Convention de 1971.

▲ **Phentermine:** Selon les critères ci-dessus, il existe des preuves que ce médicament a un potentiel de dépendance et comporte un risque d'abus, similaires à ceux de la dexamphétamine, mais moindres, et qu'il suscite des problèmes de santé publique et des problèmes sociaux similaires, mais d'un moindre degré. Le Groupe a conclu qu'il y avait actuellement des preuves suffisantes pour recommander la mise sous contrôle de ce composé et son inscription au tableau IV de la Convention de 1971.

▲ **Benzphétamine:** Selon les critères ci-dessus, il existe des preuves que ce médicament possède un potentiel de dépendance et comporte un risque d'abus, similaires à ceux de la dexamphétamine mais moindres, et qu'il suscite des problèmes de santé publique et des problèmes sociaux similaires, mais d'un moindre degré. Le Groupe a conclu qu'il y avait actuellement des preuves suffisantes pour recommander la mise sous contrôle de ce composé et son inscription au tableau IV de la Convention de 1971.

▲ **Mazindol:** Selon les critères ci-dessus, il existe des preuves que ce médicament possède un potentiel de dépendance et, vraisemblablement, comporte un risque d'abus, similaires à ceux de la dexamphétamine, mais moindres, et qu'il suscite des problèmes de santé publique et des problèmes sociaux similaires, mais d'un moindre degré. Le Groupe a conclu qu'il y avait actuellement des preuves suffisantes pour recommander la mise sous contrôle de ce composé et son inscription au tableau IV de la Convention de 1971.

▲ **Fenfluramine:** Selon les critères ci-dessus, il existe des preuves que ce médicament ne comporte pas de risque d'abus de type amphétaminique et aucun élément ne permet d'affirmer qu'il suscite des problèmes de santé publique et des problèmes sociaux importants. Le Groupe a, d'autre part, reconnu que la fenfluramine était le prototype des anorexigènes ayant un profil pharmacologique, un potentiel de dépendance et un mécanisme d'action distincts de ceux de la dexamphétamine. Le Groupe a conclu qu'il n'y avait pas actuellement de preuves suffisantes pour recommander la mise sous contrôle de ce composé au titre de la Convention de 1971.

▲ **Chlorphentermine:** Selon les critères ci-dessus, il existe des preuves que ce médicament ne comporte pas de risque d'abus de type amphétaminique, et aucun élément ne permet d'affirmer qu'il suscite des problèmes de santé publique et des problèmes sociaux importants. Des données ont été présentées montrant que le mode d'action du médicament ressemble plus à celui de la fenfluramine qu'à celui de la dexamphétamine. Le Groupe a conclu qu'il n'y avait pas actuellement de preuves suffisantes pour recommander la mise sous contrôle de ce composé au titre de la Convention de 1971.

▲ **Clortermine:** Selon les critères ci-dessus, il existe des preuves que ce médicament ne comporte pas de risque d'abus de type amphétaminique, et aucun élément ne permet d'affirmer qu'il suscite des problèmes de santé publique et des problèmes sociaux importants. Des données ont été présentées, montrant que le mode d'action de ce médicament ressemble plus à celui de la fenfluramine qu'à celui de la dexamphétamine. Le Groupe a conclu qu'il n'y avait pas actuellement de preuves suffisantes pour recommander la mise sous contrôle de ce composé au titre de la Convention de 1971.

Sur proposition de l'OMS au Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies, les 30 membres de la Commission des Stupéfiants des Nations Unies, lors de sa 30^e session à Vienne en février 1981, ont approuvé ces recommandations de mise sous contrôle de la benzphétamine, de la phendimétrazine, de la phentermine et du mazindol et leurs inscriptions au tableau IV de la Convention de 1971.

Le Groupe a également étudié les données disponibles sur la phencyclidine et ses analogues ainsi que sur un certain nombre de produits de combinaison contenant une substance psychotrope faisant l'objet d'un contrôle.¹

¹ Voir N° 2, 1980, p. 13.

² Des exemplaires sont disponibles sur demande à la Division de la Santé mentale.

INFLUENZA SURVEILLANCE

SURVEILLANCE DE LA GRIPPE

FEDERAL REPUBLIC OF GERMANY — During each of the months in the period October 1980 through March 1981, 112 sera were randomly collected in the Hamburg area, 28 from each of the four age groups 0-14 years, 15-24 years, 25-59 years and 60 years and more. The sera were subsequently assayed for the presence of haemagglutination-inhibiting (HI) antibody to current influenza viruses. The number of positive sera, i.e. with HI titres ≥ 40 before the influenza season began (October 1980) and in the end of the season (March 1981), are shown in *Table 1* below. The majority of investigated persons had antibody to influenza A (H3N2) viruses before the season began, especially those 15 years and older. Fewer had antibody to influenza A (H1N1) virus and very few had antibody to the influenza B viruses tested. There were some fluctuations in sera collected during November 1980 through February 1981 but those collected in March 1981 had in general less often antibody to current influenza strains at the titre of ≥ 40 than the sera tested in October 1980. This may indicate that there was very little influenza activity during the 1980-1981 winter in the Hamburg area.

RÉPUBLIQUE FÉDÉRALE D'ALLEMAGNE — Pendant la période octobre 1980-mars 1981, on a recueilli chaque mois au hasard dans la région de Hambourg 112 sérums — soit 28 dans chacun des quatre groupes d'âge 0-14 ans, 15-24 ans, 25-59 ans et plus de 60 ans. On a ensuite procédé à un titrage des sérums afin de déceler la présence d'anticorps inhibant l'hémagglutination (IH) dirigés contre les virus grippaux actuels. On trouvera ci-dessous dans le *Tableau 1* le nombre de sérums positifs, c'est-à-dire avec des titres IH ≥ 40 avant le début de la saison grippale (octobre 1980) et à la fin de cette même saison (mars 1981). La majorité des individus concernés présentaient des anticorps vis-à-vis du virus grippal A (H3N2) avant le début de la saison grippale, en particulier les adolescents de plus de 15 ans. Quelques-uns présentaient des anticorps vis-à-vis du virus grippal A (H1N1) et très peu présentaient des anticorps vis-à-vis des virus grippaux B testés. On a noté certaines fluctuations dans les sérums recueillis entre novembre 1980 et février 1981 mais, en général, les sérums recueillis en mars 1981 comportaient moins souvent des anticorps dirigés contre les souches grippales actuelles à un titre ≥ 40 que les sérums soumis à titrage en octobre 1980. Ceci peut indiquer que l'activité grippale a été très faible durant l'hiver 1980-1981 dans la région de Hambourg.

Table 1. Number of Sera with Haemagglutination-Inhibiting (HI) Antibody Titres ≥ 40 against Current Influenza Viruses, Hamburg, FRG, October 1980-March 1981

Tableau 1. Nombre de sérums aux titres d'anticorps inhibant l'hémagglutination (IH) ≥ 40 à l'égard des virus grippaux actuels, Hambourg, RFA, octobre 1980-mars 1981

Antigen — Antigène	Month of Collection Mois de collecte	Number of Sera with HI Titres ≥ 40 Nombre de sérums aux titres IH ≥ 40				
		by Age Groups (Years) Par groupe d'âge (années)				All Age Groups Tous les groupes d'âge
		0-14	15-24	25-59	60+	
A/USSR/90/77 (H1N1) . . .	October 1980 — Octobre 1980 March 1981 — Mars 1981	14 3	1 4	5 4	2 1	22 12
A/Texas/1/77 (H3N2)	October 1980 — Octobre 1980 March 1981 — Mars 1981	24 11	28 18	28 11	27 19	107 59
A/Bangkok/1/79 (H3N2) . .	October 1980 — Octobre 1980 March 1981 — Mars 1981	24 17	28 25	28 22	28 22	108 86
B/Hong Kong/5/78	October 1980 — Octobre 1980 March 1981 — Mars 1981	1 1	— 5	2 3	— 1	3 10
B/Singapore/222/79	October 1980 — Octobre 1980 March 1981 — Mars 1981	1 —	2 1	— 1	10 1	13 3

A total of 112 sera, 28 per age group, were tested each month. — Au total, 112 sérums — 28 par groupe d'âge — ont été soumis à titrage chaque mois.

(Based on/D'après: Report from the Institut für Impfwesen und Virologie, Hamburg, Federal Republic of Germany)

WHO COLLABORATING CENTRES FOR REFERENCE AND RESEARCH ON INFLUENZA, ATLANTA AND LONDON. — Information on influenza strains and influenza activity received since the publication of WHO recommendations on influenza vaccine for the 1981-1982 season indicate that the end of the influenza season in the Northern Hemisphere brought little change in the epidemiological situation reported at that time.¹ Influenza A viruses of the H3N2 subtype dominated in most countries (North America, parts of Europe), in some those of the H1N1 subtype were the main cause of influenza (Finland, Hungary, United Kingdom, Israel), primarily in young adults and children. Other countries experienced both subtypes simultaneously or in sequence. Influenza B viruses caused most influenza activity in Romania and the USSR, and occurred in the end of the influenza season in other European countries as well as being isolated occasionally in Asia (e.g. Singapore).

CENTRES COLLABORATEURS OMS DE RÉFÉRENCE POUR LA GRIPPE, ATLANTA ET LONDRES. — Les renseignements sur les souches de virus grippal et sur l'activité grippale reçus depuis la publication des recommandations OMS sur les vaccins antigrippaux pour la saison 1981-1982 indiquent que la fin de la saison grippale dans l'hémisphère nord n'a apporté que peu de changements dans la situation épidémiologique rapportée à ce moment.¹ Les virus grippaux A du sous-type H3N2 dominaient dans la plupart des pays (Amérique du Nord, certaines parties de l'Europe), tandis que dans d'autres pays, le sous-type H1N1 était la principale cause de grippe (Finlande, Hongrie, Royaume-Uni, Israël), principalement chez les jeunes adultes et les enfants. Dans d'autres pays on observait les deux sous-types, simultanément ou successivement. Les virus grippaux B ont été responsables de la majeure partie de l'activité grippale en Roumanie et en URSS, et ont sévi à la fin de la saison grippale dans d'autres pays d'Europe; ils ont aussi été parfois isolés en Asie (par exemple à Singapour).

Most isolates of the H3N2 subtype, submitted from all regions for investigation, reacted equally well with sera against A/Texas/1/77 (H3N2) and A/Bangkok/1/79 (H3N2) strains. About 20% to 30% of isolates were more closely related to A/Bangkok/1/79 (H3N2) or A/Texas/1/77 (H3N2) whereas A/Bangkok/2/79 (H3N2)-like isolates were rarely encountered. Among isolates of the H1N1 subtype, the previously described variant A/England/333/80 (H1N1),¹ which exhibits minor drift from A/Brazil/11/78 (H1N1), dominated in the United States, the United Kingdom and Asian countries submitting strains, and about 10% to 20% of recovered isolates resembled the

La plupart des isolements du sous-type H3N2 soumis pour étude par toutes les régions réagissaient également avec les immunosérums anti-A/Texas/1/77 (H3N2) et anti-A/Bangkok/1/79 (H3N2). Environ 20% à 30% des isolements étaient plus étroitement apparentés à A/Bangkok/1/79 (H3N2) ou à A/Texas/1/77 (H3N2), tandis qu'on ne rencontrait que rarement des isolements analogues à A/Bangkok/2/79 (H3N2). Parmi les isolements du sous-type H1N1, le variant déjà décrit A/England/333/80 (H1N1),¹ qui présente un léger glissement antigénique par rapport à A/Brazil/11/78 (H1N1), dominait aux Etats-Unis d'Amérique, au Royaume-Uni et dans les pays

¹ See No. 8, pp. 57-60.

¹ Voir N° 8, pp. 57-60

other recently described variant, A/India/6263/80 (H1N1),¹ A/Brazil/11/78 (H1N1)-like viruses did, however, circulate in several countries. Influenza B virus strains investigated from Europe and Asia were mainly B/Singapore/222/79-like, although some were poorly avid.

Isolates of H3N2 from tropical regions and the Southern Hemisphere thus far this year (e.g. Brazil, French Guyana, Madagascar, New Zealand) have resembled viruses from the past winter's epidemics in the Northern Hemisphere.

d'Asie ayant communiqué des souches, et environ 10% à 20% des isolements réalisés ressemblaient à l'autre variant récemment décrit, A/India/6263/80 (H1N1).¹ Toutefois, des virus analogues à A/Brazil/11/78 (H1N1) circulaient dans plusieurs pays. Les souches de virus grippal B en provenance d'Europe et d'Asie étaient principalement des souches analogues à B/Singapore/222/79; toutefois, certaines d'entre elles ne présentaient qu'une médiocre avidité.

Les isolements de H3N2 communiqués depuis le début de l'année par les pays des régions tropicales et de l'hémisphère sud (par exemple Brésil, Guyane française, Madagascar, Nouvelle-Zélande) ressemblent jusqu'à présent aux virus des épidémies qui ont sévi l'hiver dernier dans l'hémisphère nord.

SURVEILLANCE OF NEISSERIA GONORRHOEAE PRODUCING B-LACTAMASE (PPNG) Spectinomycin Resistance

UNITED STATES OF AMERICA. — The Center for Prevention Services (Centers for Disease Control) has reported the first known infection caused by a spectinomycin-resistant penicillinase-producing *N. gonorrhoeae* strain in a traveller returning from South-East Asia. The isolate was not inhibited by a disc containing 100 µg of spectinomycin.

Spectinomycin is the antibiotic most commonly used in the treatment of infections caused by penicillinase-producing gonococcal strains.

The strain had the following minimal inhibitory concentration (MIC) values:

Spectinomycin:	more than 2 048 µg/ml
Tetracycline:	1 µg/ml
Cefixitin:	1 µg/ml
Gentamycin:	2 µg/ml
Sulfamethoxazole/trimethoprim (19:1)	9.5 µg/ml

Studies to characterize the mechanism of spectinomycin resistance are in progress.

Although isolates of spectinomycin-resistant *N. gonorrhoeae* have been reported previously (two from Denmark (1973), one from the Netherlands (1975), one from the United States of America (1977)), none was penicillinase-producing.

It is recommended that all penicillinase-producing gonococcal isolates be screened for spectinomycin resistance by placing a 100 µg disc on a chocolate agar plate inoculated with the isolate.

Any isolate suspected to be spectinomycin-resistant should be referred to the following laboratories for complete bacteriological study:

Dr. C. Thornsberry Centers for Disease Control Bureau of Laboratories Antimicrobics Investigations Section Atlanta, Georgia, 30 333 USA	Dr. I. Lind Statens Seruminstitut Amager Boulevard 80 D-2300 Copenhagen S Denmark
--	---

In order to assess the epidemiological importance of this finding and to determine the measures to be taken, it is very important that every new case of gonorrhoea caused by *N. gonorrhoeae* strains which are spectinomycin-resistant and/or penicillinase-producing should be reported to the Bacterial and Venereal Infections Unit, World Health Organization, 1211 Geneva 27.

RESPIRATORY DISEASES SURVEILLANCE Atypical Pneumonia

SPAIN. — From the beginning of May, a number of cases of atypical pneumonia were notified in Madrid and subsequently to a lesser degree in other provinces. The majority of the 800 cases so far reported have been mild and pneumonia was diagnosed only on the basis of chest radiography. The response to several antibiotics has been favourable and generally leads to full recovery. There have however been eight fatal cases. Although not yet definitive, laboratory information suggests *Mycoplasma pneumoniae* may be the causative agent.

EDITORIAL NOTE: If the aetiology of the present outbreak is confirmed, the situation in Spain is consistent with that observed in other outbreaks. Although previously considered as a mild respiratory disease, which is still the picture for the majority of cases, severe lower respiratory tract infections with interstitial pneumonia, hypoxemia and pleural effusion have recently been more frequently reported. Mycoplasma infections are endemic in most countries, although an increase in the number of cases to an epidemic level with a periodicity of four to six years has been described. Once apparent, such epidemics have been observed to last for many months. As in the outbreak in Spain, antibiotics, particularly erythromycin and tetracycline, have been shown to be effective.

The present situation would not appear to warrant any special measures with respect to international travel.

SURVEILLANCE DE NEISSERIA GONORRHOEAE PRODUISANT DE LA B-LACTAMASE (PPNG) Résistance à la spectinomycine

ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE. — Le Center for Prevention Services (Centers for Disease Control) a notifié le premier cas connu d'infection par une souche de *N. gonorrhoeae* produisant de la pénicillinase résistante à la spectinomycine chez un voyageur de retour d'Asie du Sud-Est. Un disque contenant 100 µg de spectinomycine n'inhibait pas l'isolement.

La spectinomycine est l'antibiotique le plus couramment utilisé pour le traitement des infections provoquées par les souches de gonocoques produisant de la pénicillinase.

La souche avait les concentrations minimales inhibitrices (CMI) suivantes:

Spectinomycine:	plus de 2 048 µg/ml
Tétracycline:	1 µg/ml
Céfixitine:	1 µg/ml
Gentamycine:	2 µg/ml
Sulfaméthoxazole/triméthoprime (19:1)	9,5 µg/ml

Les études de caractérisation du mécanisme de la résistance à la spectinomycine sont en cours.

Bien que des isolements de *N. gonorrhoeae* résistantes à la spectinomycine aient déjà été notifiés (deux cas au Danemark, en 1973, un cas aux Pays-Bas, en 1975; un cas aux Etats-Unis d'Amérique, en 1977), aucun ne produisait de pénicillinase.

Il est recommandé d'examiner tous les isolements de gonocoques produisant de la pénicillinase afin d'y rechercher une résistance à la spectinomycine en plaçant un disque à 100 µg sur une plaque de gélose chocolat inoculée avec l'isolement.

Tout isolement suspect d'être résistant à la spectinomycine devra être envoyé aux laboratoires suivants pour étude bactériologique complète:

Dr C. Thornsberry Centers for Disease Control Bureau of Laboratories Antimicrobics Investigations Section Atlanta, Georgia, 30 333 Etats-Unis d'Amérique	Dr I. Lind Statens Seruminstitut Amager Boulevard 80 D-2300 Copenhague S Danemark
---	---

Afin d'évaluer l'importance épidémiologique de cette découverte et pour déterminer les mesures à prendre, il serait très important que tout nouveau cas de gonococcie à *N. gonorrhoeae* résistantes à la spectinomycine et/ou produisant de la pénicillinase soit notifié à l'Organisation mondiale de la Santé, Service des maladies bactériennes et vénériennes, 1211 Genève 27.

SURVEILLANCE DES MALADIES RESPIRATOIRES Pneumonie atypique

ESPAGNE. — Depuis le début de mai, des cas de pneumonie atypique ont été notifiés à Madrid, puis, en moins grand nombre, dans d'autres provinces. La majorité des 800 cas signalés jusqu'ici ont été bénins et la pneumonie n'a été diagnostiquée que sur radiographie thoracique. Les malades ont bien réagi à divers antibiotiques et, en général, se sont complètement rétablis. Cependant, il y a eu huit décès. D'après les résultats, non encore définitifs, des travaux de laboratoire, l'agent causal pourrait être *Mycoplasma pneumoniae*.

NOTE DE LA RÉDACTION: Si l'étiologie de la poussée est confirmée, ce qui se passe en Espagne correspond à ce qu'on a observé ailleurs. Bien que considérées précédemment comme provoquant une maladie respiratoire bénigne, ce qui demeure vrai dans la majorité des cas, de fortes infections des voies respiratoires inférieures, avec pneumonie interstitielle, hypoxémie et pleurésie, ont été plus fréquemment signalées ces derniers temps. Les infections à mycoplasmes sont endémiques dans la plupart des pays, mais des poussées épidémiques à intervalles de quatre à six ans ont été décrites. Une fois apparues, elles ont duré plusieurs mois. Comme en Espagne, les antibiotiques, en particulier l'érythromycine et la tétracycline, se sont montrés efficaces.

La situation actuelle ne paraît justifier aucune mesure spéciale en ce qui concerne les voyages internationaux.

DISEASES SUBJECT TO THE REGULATIONS - MALADIES SOUMISES AU RÈGLEMENT

Infected Areas as on 21 May 1981 - Zones infectées au 21 mai 1981

For criteria used in compiling this list, see No. 14, page 111 - Les critères appliqués pour la compilation de cette liste sont publiés dans le No 14 à la page 111.

x Newly reported areas - Nouvelles zones signalées.

<p>PLAGUE - PESTE</p> <p>Africa - Afrique</p> <p>MADAGASCAR <i>Antananarivo Province</i> <i>Antananarivo-Ville</i> 1^{er} Arrondissement 3^e Arrondissement <i>Fianarantsoa Province</i> <i>Tsiroanomandidy S. Préf.</i> Mahasolo District</p> <p>America - Amérique</p> <p>BOLIVIA - BOLIVIE <i>La Paz Department</i> Franz Tamayo Province</p> <p>BRAZIL - BRÉSIL <i>Bahia State</i> Iaçú Municipio Itaquara Municipio <i>Ceará State</i> Guaraciaba do Norte Municipio Ipu Municipio Ipueras Municipio Renteuba Municipio Sao Benedito Municipio <i>Pernambuco State</i> Ipubi Municipio</p> <p>PERU - PÉROU <i>Purura Department</i> Huancabamba Province Huancabamba District</p> <p>Asia - Asie</p> <p>VIET NAM Centre Viet Nam Région Plateau de Tay Nguyen Région Sud Viet Nam Région</p>	<p>Ugelli Local Government Area <i>Borno State</i> <i>Gongola State</i></p> <p>RWANDA x Gisenyi Region</p> <p>SOUTH AFRICA AFRIQUE DU SUD <i>Transvaal Province</i> Barberton District Nelspruit District Vereeniging District</p> <p>TANZANIA, UNITED REP. OF TANZANIE, RÉP.-UNIE DE <i>Arusha Region</i> Arusha District x Kiteto District <i>Kagera Region</i> Biharamulo District <i>Kilimanjaro Region</i> x Hai District Kilimanjaro District Moshi District <i>Mara Region</i> Bupda District Musoma District <i>Mbeya Region</i> Kyela District Mbeya District Rungwe District <i>Mwanza Region</i> Geita District Mwanza District Segenrama District Ukerewe District <i>Rukwa Region</i> Nkasi District <i>Shinyanga Region</i> Baradi District Kahama District Maswa District Shinyanga District <i>Tanga Region</i> Korogwe District Lushoto District Muheza District Tanga District</p> <p>UGANDA - OUGANDA <i>Eastern Province</i> Bugshu District Bukedi (Tororo) District Busoga D : Mbale Municipality Sebei (Kapchorwa) District Teso (Kumi) District <i>Nile Province</i> South Nile D : Padyere County <i>Northern Province</i> Gulu District Kitgum District North Karamoja District <i>Southern Province</i> North Kigezi District West Ankole District <i>Western Province</i> Kabagole District Kasese District Rwezon District</p>	<p><i>Himachal Pradesh Territory</i> Bilaspur District <i>Madhya Pradesh State</i> Gwalior District Indore District Mandasaur District Raipur District <i>Maharashtra State</i> Ahmednagar District Akola District Amravati District Aurangabad District Bhur District Buldhana District Dhulis District Jalgaon District Nagpur District Nanded District Nasik District Osmanabad District Parbhani District Pune (Poona) District Sangli District Sholapur District Yeotmal District <i>Manipur Territory Central</i> <i>Mysore State</i> Bangalore District Shimoga District <i>Orissa State</i> Balasore District Cuttack District Ganjam District <i>Rajasthan State</i> Alwar District Jaipur District Jodhpur District Kotah District <i>Tamil Nadu State</i> Chingleput District Dharmapuri District Madras Corporation Madurai District North Arcot District Ramanathapuram District Salem District South Arcot District Tiruchirappalli District Tirunelveli District <i>Uttar Pradesh State</i> Agra District Allahabad District Allahabad District Bara Banki District Deoria District Etawah District Gonda District Gorakhpur District Kanpur District Lucknow District Mathura District Mirzapur District Moradabad District Pratapgarh District Saharanpur District Unnao District Varanasi District <i>West Bengal State</i> Calcutta Corporation</p>	<p><i>Jawa Timur Province</i> Surabaya Municipality (excl. Tanjung Perak seaport) <i>Maluku Province</i> Ambon (P) Municipality Maluku Tengah Regency Maluku Tenggara Regency <i>Nusatenggara Barat Province</i> Lombok Tengah Regency Lombok Timur Regency <i>Sumatera Selatan Province</i> Musi Banyuasin Regency <i>Sumatera Utara Province</i> Deli Serdang (P) Regency</p> <p>MALAYSIA - MALAISIE <i>Peninsular Malaysia</i> Perak State x Krian District <i>Sabah</i> Kenengau District Kota Belud District Kota Kinabalu District Kota Marudu District Kudat District Lahad Datu District Sandakan District Semporna District Tambunan District Tawau District Tuaran District <i>Sarawak</i> Kuching Division Kuching District Upper Sadong (Seran) District</p> <p>NEPAL - NÉPAL <i>Bagmati Zone</i> Katmandu District</p> <p>PHILIPPINES Metropolitan Manila Bulacan province Cavite Province Cebu Province Davao Province Isabela Province Leyte Province Pangasinan Province Rizal Province Samar Province Tarlac Province Western Visayas Province Zamboanga del Sur Province</p> <p>SRI LANKA Anuradhapura Health Division Batticaloa Health Division Colombo Health Division Jaffna Health Division Kandy Health Division Matale Health Division Puttalam Health Division Vavuniya Health Division</p> <p>VIET NAM Centre Viet Nam Région Sud Viet Nam Région</p>
<p>CHOLERA - CHOLÉRA</p> <p>Africa - Afrique</p> <p>BURUNDI <i>Bubanza Province</i> x Gihanga x Kabulantwa <i>Byumbura Province</i> Byumbura Arrondissement Rushubi <i>Bururi Province</i> x Munago Rumonge</p> <p>CAMEROON, UNITED REP. OF CAMEROUN, RÉP.-UNIE DU <i>Cameroun Oriental</i> Diamaré Département Maroua Arrondissement <i>Margu-Wandala Département</i> Mokolo Arrondissement <i>Mayo-Danai Département</i> Maga Arrondissement</p> <p>GHANA Central Region Greater Accra (excl. PA) Region</p> <p>KENYA <i>Eastern Province</i> Marasabit District <i>Nyanza Province</i> Kisumu District Siaya District South Nyanza District <i>Rift Valley Province</i> Baringo District Turkana District</p> <p>LIBERIA - LIBÉRIA Bong County Montserrado County</p> <p>MOZAMBIQUE <i>Maputo Province</i> Maputo City <i>Sofala Province</i> Beira District x Casa District Dondo District</p> <p>NIGERIA - NIGÉRIA <i>Bendel State</i> Bomadi Local Government Area</p>	<p>UGANDA - OUGANDA <i>Eastern Province</i> Bugshu District Bukedi (Tororo) District Busoga D : Mbale Municipality Sebei (Kapchorwa) District Teso (Kumi) District <i>Nile Province</i> South Nile D : Padyere County <i>Northern Province</i> Gulu District Kitgum District North Karamoja District <i>Southern Province</i> North Kigezi District West Ankole District <i>Western Province</i> Kabagole District Kasese District Rwezon District</p> <p>ZAIRE - ZAÏRE Kivu Province</p> <p>ZAMBIA - ZAMBIE <i>Northern province</i> Mbala D Mpulungu</p> <p>Asia - Asie</p> <p>BURMA - BIRMANIE <i>Araikan Division</i> Rangoon City <i>Kawthoolau State</i> Pa-an Rural</p> <p>INDIA - INDE <i>Andhra Pradesh State</i> Anantapur District Hyderabad District <i>Assam State</i> Kamrup District <i>Delhi Territory</i> <i>Gujarat State</i> Ahmedabad District Amreli District Broach District Bulsar District Kaira District Mehsana District Panch Mahals District Surat District</p>	<p>INDONESIA - INDONÉSIE <i>Jakarta Autonomous Capital Area</i> Jakarta Barat (West) Municipality Jakarta Pusat (Central) Municipality (excl. Kemayoran airport) Jakarta Selatan (South) Municipality (excl. emergency quarantine station) Jakarta Timur (East) Municipality (excl. Halim Perdana Kusuma airport) Jakarta Utara (North) Municipality (excl. seaports of Tanjungpriok, Sundakelapa & Kalibaru) <i>Aceh Autonomous Area</i> Aceh Barat Regency Aceh Besar Regency Aceh Selatan Regency Aceh Tengah Regency Aceh Tenggara Regency Aceh Timur Regency Aceh Utara Regency Banda Aceh Municipality Pidie Regency <i>Bali Province</i> Badung (PA) Regency <i>Jawa Barat Province</i> Krawang Regency <i>Jawa Tengah Province</i> Brebes Regency Grobogan Regency Jepara Regency x Tegal (P) Municipality</p>	<p>YELLOW FEVER - FIÈVRE JAUNE</p> <p>Africa - Afrique</p> <p>ANGOLA</p> <p>CAMEROON, UNITED REP. OF CAMEROUN, RÉP.-UNIE DU <i>Cameroun Oriental</i> Diamaré Département Nagaba Petté</p> <p>GAMBIA - GAMBIE Upper River Division</p> <p>GHANA</p> <p>NIGERIA - NIGÉRIA</p> <p>SUDAN - SOUDAN Territory South of 12° N. Territoire situé au sud du 12° N.</p> <p>ZAIRE - ZAÏRE Territory North of 10° S. Territoire situé au nord du 10° S</p> <p>America - Amérique</p> <p>BOLIVIA - BOLIVIE <i>Beni Department</i> Pico Locality</p>

<p><i>Chiquitaca Department</i> Belisario Cueto Province</p> <p><i>Cochabamba Department</i> Chapare Province Independencia Province <i>La Paz Department</i> x Franz Tamayo Province Larecaja Province Nor Yungas Province Sud Yungas Province <i>Santa Cruz Department</i> Valle Grande Province <i>Tarja Department</i></p> <p>BRAZIL - BRÉSIL <i>Goiás State</i> Caldá Novas Municipio Formosa Municipio Goiás Velho Municipio</p>	<p>Nóva Brasil Municipio Parana Municipio Sanclerlândia Municipio Santa Tereziinha de Goiás Municipio São João da Aliança Municipio <i>Maranhão State</i> Montes Altos Municipio <i>Mato Grosso State</i> x Nova Brasilândia Municipio <i>Para State</i> Altamira Municipio <i>Rorônia Territory</i> Ji-Parana Municipio</p> <p>COLOMBIA - COLOMBIE <i>Guania Comisaria</i> Puerto Colombia Municipio <i>Magdalena Department</i> Guachaca Santa Marta Municipio</p>	<p><i>Putumayo Comisaria</i> Mocoa Municipio <i>Vaupés Comisaria</i> San José del Guaviare Municipio</p> <p>ECUADOR - ÉQUATEUR Napó Province</p> <p>PERU - PÉROU <i>Ayacucho Department</i> <i>Huanta Province</i> San José de Santillana District <i>Cuzco Department</i> <i>La Convención Province</i> Echarate District <i>Huanuco Department</i> <i>Leoncio Prado Province</i> Crespo Castillo District</p>	<p><i>Junín Department</i> <i>Satipo Province</i> San Martín de Pangoa District Satipo District <i>Loreto Department</i> <i>Madre de Dios Department</i> <i>San Martín Department</i> <i>San Martín Province</i> Tarapoto District</p> <p>VENEZUELA <i>Merida State</i> <i>Andrés Bello District</i> Caracciolo Parra Olmedo Municipio <i>Justo Briceño District</i> Tulio Febres Cordero Municipality <i>Sucre State</i> <i>Marino District</i> San Antonio Municipio</p>
---	---	---	---

Notifications Received from 15 to 21 May 1981 - Notifications reçues du 15 au 21 mai 1981

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 Suspected cases - Cas suspects

CHOLERA - CHOLÉRA		Asia - Asie		YELLOW FEVER - FIÈVRE JAUNE	
Africa - Afrique				America - Amérique	
	C D		C D		C D
LIBERIA - LIBÉRIA	1-31 I	BURMA - BIRMANIE	3-9 V		
.....	102 2	.....	5 0	BOLIVIA - BOLIVIE	18.V ¹
MOZAMBIQUE¹	26.IV-2.V	INDIA - INDE	29.III-25.IV	<i>La Paz Department</i>	
.....	61 6	.....	16 ¹ 0	<i>Franz Tamayo Province</i>	1 0
	19-25.IV	¹ Figures for Calcutta only / Chiffres pour Calcutta seulement.		¹ Date of telegram / Date du télégramme.	
	28 2	INDONESIA	22-28 III	BRAZIL - BRÉSIL	14 V
	12-18.IV	INDONÉSIE		.....¹	6 ...
RWANDA	8-22.III	.....	33 0		16.IV ²
.....	7 0	.....	15-21 III	<i>Mato Grosso State</i>	
SOUTH AFRICA	9-15.V	SRI LANKA	18-24.IV	<i>Nova Brasilândia Municipio</i>	1 1
AFRIQUE DU SUD		.....	11 2		
.....	193 0	.....	11-17.IV		
TANZANIA, UNITED REP. OF	3-9.V	.....	8 0		
TANZANIE, RÉP.-UNIE DE		.....	4-10.V	¹ No details / Pas de détails.	
.....	99 3	.....	34 4	² Date of death / Date du décès.	

Areas Removed from the Infected Area List between 15 and 21 May 1981
Zones supprimées de la liste des zones infectées entre les 15 et 21 mai 1981

For criteria used in compiling this list, see No. 14, page 111 - Les critères appliqués pour la compilation de cette liste sont publiés dans le N° 14, à la page 111

<p>CHOLERA - CHOLÉRA</p> <p>Africa - Afrique</p> <p>BURUNDI <i>Bubanza Province</i> Muzanda <i>Bujumbura Province</i> Kabezi Munumba</p>	<p><i>Bururi Province</i> Murago</p> <p>MOZAMBIQUE <i>Sofala Province</i> Buzi District</p> <p>TANZANIA, UNITED REP. OF TANZANIE, RÉP.-UNIE DE</p>	<p><i>Kilimanjaro Region</i> Mwanga District <i>Mbeya Region</i> Tukuyu District <i>Mwanza Region</i> Kwimba District <i>Tabora Region</i> Tabora District</p>
--	---	--

CORRIGENDUM

LOUSE-BORNE TYPHUS IN 1979
Table 1
Delete: South-East Asia Region and insert Iraq and Kuwait under Eastern Mediterranean Region

RECTIFICATIF

TYPHUS À POUX EN 1979
Tableau 1
Supprimer: Région de l'Asie du Sud-Est et insérer Iraq et Koweït sous Région de la Méditerranée orientale

Price of the Weekly Epidemiological Record
Prix du Relevé épidémiologique hebdomadaire

Annual subscription - Abonnement annuel Fr. s. 100.-
7.500 V.81

PRINTED IN SWITZERLAND