

C2
JUN 10 1988

Canada Diseases

Weekly Report

ISSN 0382-232X

Rapport hebdomadaire des maladies au Canada

Date of publication: June 4, 1988
 Date de publication: 4 juin 1988

Vol. 14-22

CONTAINED IN THIS ISSUE:

Lyme Disease in Canada	95
Quarantineable Diseases Report	98
Announcement	98

LYME DISEASE IN CANADA

Lyme disease was first described clinically in 1975 in Lyme, Connecticut⁽¹⁾. The disease, caused by the spirochete *Borrelia burgdorferi* first identified in 1982, is usually transmitted to humans by infected ticks, although biting flies and mosquitoes in endemic areas have been implicated in transmission⁽²⁾. However, the most important vector is the deer tick, *Ixodes dammini*. Ticks also infect numerous types of domestic and other wild animals, resulting in wide geographical spread of the microorganism and worldwide distribution of the disease. In Canada, several species of ticks capable of transmitting *B. burgdorferi* have been identified, and in several instances, ticks have been found to be infected with this organism (Table 1). The first cases of the disease in domestic animals in Canada were diagnosed in 2 horses in south-eastern British Columbia just after the 1987 spring tick season⁽⁸⁾.

CONTENU DU PRÉSENT NUMÉRO:

La maladie de Lyme au Canada	95
Rapport des maladies quarantinaires	98
Annonce	98

LA MALADIE DE LYME AU CANADA

La maladie de Lyme, dont la description clinique initiale a été faite en 1975 à Lyme (Connecticut)⁽¹⁾, est due au spirochète *Borrelia burgdorferi* identifié pour la première fois en 1982. Sa transmission à l'homme est généralement attribuable à des tiques infectées, même si des mouches et des moustiques hématophages ont été incriminés dans des régions d'endémie⁽²⁾. Le vecteur le plus important est toutefois la tique du chevreuil, *Ixodes dammini*. Les tiques infectent aussi de nombreuses espèces d'animaux domestiques et d'autres animaux sauvages, d'où la vaste diffusion géographique du microorganisme et la répartition mondiale de la maladie. Au Canada, un certain nombre d'espèces de tiques susceptibles de transmettre *B. burgdorferi* ont été identifiées et, dans plusieurs cas, la positivité à l'égard du micro-organisme a été observé (Tableau 1). Les premiers cas canadiens chez des animaux domestiques - en l'occurrence 2 chevaux - ont été diagnostiqués en 1987 dans le sud-est de la Colombie-Britannique, juste après la saison printanière des tiques⁽⁸⁾.

Table 1. Distribution of Ticks in Canada Known to be Capable of Transmitting *B. burgdorferi*
 Tableau 1. Répartition au Canada des tiques connues pour être susceptibles de transmettre *B. burgdorferi*

Tick/ Tique	Animal Host/ Animal hôte	Location/ Endroit	Ticks with Documented <i>B. burgdorferi</i> infection/ Tiques avec infection à <i>B. burgdorferi</i> documentée
<i>Ixodes dammini</i> - size* varies from 0.5 to 2.7mm ⁽⁶⁾ / <i>Ixodes dammini</i> - taille* variant de 0,5 à 2,7mm ⁽⁶⁾	Mice, deer/ Souris, chevreuil N.K.**/ Inconnu	Long Point, Lake Erie, Ont. ⁽³⁾ / Long Point, Lac Érié, Ont. ⁽³⁾ P.E.I. (S. McNair, Charlottetown, Dr. P. MacKean, Summerside, P.E.I.; Dr. E.F. Lindquist, Ottawa, Ont. p.c.***, 1988 /L.-P.-É. S. McNair, Charlottetown, Dr P. MacKean, Summerside, L.-P.-É.; Dr E.F. Lindquist, Ottawa, Ont. c.p.***, 1988)	Yes/Oui N.K./Inconnu
<i>Dermacentor variabilis</i> - size varies from 0.6 to 5.2mm ⁽⁷⁾ / <i>Dermacentor variabilis</i> - taille variant de 0,6 à 5,2mm ⁽⁷⁾	Many wild and domestic animals/ Nombre d'animaux sauvages et domestiques "	Southern Ontario ^(3,4) / Sud de l'Ontario ^(3,4) Southern Manitoba ⁽⁴⁾ / Sud du Man. ⁽⁴⁾ " South-eastern Saskatchewan ⁽⁴⁾ / Sud-est de la Sask. ⁽⁴⁾ " South-western N.S. ^(4,5) / Sud-ouest de la N.-É. ^(4,5) <i>Ixodes pacificus</i>	Yes - Long Point ⁽³⁾ / Oui - Long Point ⁽³⁾ N.K./ Inconnu N.K./ Inconnu N.K./ Inconnu N.K./ Inconnu

* In unengorged state. The sizes vary for larvae, nymphs, and adult males and females./À l'état non gorgé; les tailles varient pour les larves, les nymphes, et les adultes mâles et femelles.

** N.K. = Not known.

***p.c. = personal communications./c.p. = communication personnelle.

The disease is seasonal, occurring during the warm months from May to August when ticks are active and outdoor activities such as camping, fishing and hiking are at their peak. In areas known to be endemic for Lyme disease, the following preventive measures can be taken: wearing clothing which provides adequate body coverage, periodic checking of clothing and exposed body surfaces

La maladie est saisonnière, les cas survenant pendant les mois doux (de mai à août) lorsque les tiques sont actives et que les loisirs de plein air comme le camping, la pêche et la randonnée pédestre sont les plus populaires. Dans les zones d'endémie connues, les mesures de prévention suivantes peuvent être prises: porter des vêtements qui couvrent bien, vérifier périodiquement les vêtements et les surfaces

Second Class Mail Registration No. 5670

Courrier de la deuxième classe - Enregistrement n° 5670



Health and Welfare
Canada Santé et Bien-être social
Canada

of both humans and pets for ticks, and the immediate careful removal of any ticks that are found.

Early symptoms of the disease in 75% of cases include a slowly expanding red rash, erythema chronicum migrans (ECM), around the insect bite⁽⁹⁾. Later symptoms in untreated cases involve the heart, nervous system, or joints. Any combination of the following 5 features can contribute to the diagnosis: exposure history, presence of ECM, neurologic, cardiac or joint symptoms, history of a tick bite, and serologic status. In any individual case, several of these may be present. For example, in a recent Connecticut study, 79% of patients with arthritis did not report antecedent ECM, and only 61% of those with ECM were aware of a tick bite within 30 days of illness⁽¹⁾.

The disease is treatable with antibiotics. Oral tetracycline is recommended for patients with early manifestations; penicillin and erythromycin are also effective. Children and pregnant women should be treated with penicillin. Transplacental transmission of *B. burgdorferi* has been documented and may be associated with an increased risk of adverse pregnancy outcome. Penicillin is recommended for the treatment of established arthritis⁽¹⁰⁾.

corporelles exposées (tant chez les humains que chez les animaux), et enlever sans tarder et avec soin toute tique décelée.

Dans 75% des cas, les symptômes précoce de la maladie comprennent une éruption rouge, l'érythème chronique migrant (ECM), qui s'étend lentement autour de la piqûre d'insecte⁽⁹⁾. Dans les cas non traités, les symptômes tardifs se situent au niveau du cœur, du système nerveux ou des articulations. Toute combinaison des 5 éléments suivants peut contribuer au diagnostic: antécédents d'exposition; présence d'ECM; symptômes neurologiques, cardiaques ou articulaires; antécédents de piqûre de tique; et état sérologique. Tout cas particulier peut présenter plusieurs de ces éléments. Ainsi, dans une étude menée récemment au Connecticut, 79% des patients atteints d'arthrite n'avaient signalé aucun antécédent d'ECM, et seulement 61% des sujets avec ECM avaient une notion de piqûre de tique dans les 30 jours précédent la maladie⁽¹⁾.

La maladie peut être traitée par des antibiotiques. La tétracycline orale est recommandée au stade précoce; la pénicilline et l'erythromycine sont aussi efficaces. Les enfants et les femmes enceintes doivent être traités par pénicilline. La transmission transplacentaire de *B. burgdorferi* a été documentée, et est peut-être associée à un risque accru d'issue défavorable de la grossesse. La pénicilline est recommandée au stade des arthrites⁽¹⁰⁾.

Table 2. Indigenous Cases of Lyme Disease Diagnosed in Canada, 1977-1986/
Tableau 2. Cas indigènes de maladie de Lyme diagnostiqués au Canada, 1977-1986

Case No./ N° du cas	Onset of Illness/ Installation de la maladie	Age (years) and Sex/ Âge (ans) et sexe	Where Infection Acquired/ Endroit	Information Source/ Source d'information	Confirmation Criteria and Methods/ Critères et méthodes de confirmation
1	October/ Octobre 1977	13F	Chatham, Ontario	J.E. Boone, London, Ont.: p.c., 1988; Ref. 11/J.E. Boone, London, Ont.: c.p.*, 1988; réf. 11	Clinical diagnosis (rash on thigh, fever, polyarthritis of knees and wrists) / Diagnostic clinique (éruption à la cuisse, fièvre, poly-arthrite - genoux et poignets)
2	1979	24M	Simcoe Area, Ontario (exposed summer 1978)/ Région de Simcoe, Ont. (exposition: été 1978)	Dr. Yadov, North Bay, Ont.: p.c., 1988/ Dr. Yadov, North Bay, Ont.: c.p., 1988	Clinical diagnosis (knee arthritis) ELISA**, Déc. 1987 (+)***/ Diagnostic clinique (arthrite - genou) ELISA**, déc. 1987 (+)***
3	August/ Août 1983	8M	Pigeon Lake, Ont.	Ref. 12/ Réf. 12	Clinical diagnosis/ Diagnostic clinique
4	Summer/ Été 1984	53F	Chicoutimi, Quebec/ Chicoutimi (Québec)	Ref. 13/ Réf. 13	Clinical diagnosis (ECM, bite, meningeal lymphocytic reaction) indirect IFA† (+)/ Diagnostic clinique (ECM, piqûre, réaction lymphomeningée) IFA† indirecte (+)
5	November/ Novembre 1985	4F	Huntsville area, Ontario/ Région de Huntsville, Ontario	Ref. 14; Dr. H. Artsob, Toronto, Ont.: p.c., 1988/ Réf. 14; Dr. H. Artsob, Toronto, Ont.: c.p., 1988	Clinical diagnosis ELISA (+)/ Diagnostic clinique ELISA (+)
6	1986	64F	Dryden, Ontario	Dr. L. Skela, Winnipeg, Man.: p.c., 1988/ Dr. L. Skela, Winnipeg, Man.: c.p., 1988	Clinical diagnosis (rash, etc.) indirect IFA (+)/ Diagnostic clinique (éruption, etc.) IFA indirecte (+)
7	1986	64F	Thunder Bay, Ontario	Dr. Notenboom, Toronto, Ont.: p.c., 1988/ Dr. Notenboom, Toronto, Ont.: c.p., 1988	Clinical diagnosis (tick bite, rash, neuritis) ELISA (+)/ Diagnostic clinique (piqûre de tique, éruption, névrite)

* p.c. = personal communication./c.p. = communication personnelle.

** ELISA = Enzyme-linked immunosorbent assay./ELISA = titrage immuno-enzymatique.

***+ = Positive./Positif.

† IFA = Immunofluorescence antibody./IFA = immunofluorescence.

Thirteen human cases of Lyme disease were diagnosed in Canada between 1977 and 1987. Seven were indigenous cases (6 in Ontario and 1 in Quebec - Table 2) and 6 were acquired outside the country - 4 in the United States, 1 in Germany⁽¹⁵⁾, and 1 in Yugoslavia. The disease is not reportable in any of the provinces. Most of the 7 indigenous cases had confirmatory serology by either indirect immunofluorescence antibody (IFA) or enzyme-linked

De 1977 à 1987, on a diagnostiqué 13 cas humains de maladie de Lyme au Canada. Il s'agissait de 7 cas indigènes (6 en Ontario et 1 au Québec; Tableau 2) et de 6 cas contractés à l'étranger (4 aux États-Unis, 1 en Allemagne⁽¹⁵⁾, et 1 en Yougoslavie). La déclaration des cas n'est obligatoire dans aucune des provinces. La plupart des 7 cas indigènes ont fait l'objet d'une sérologie de confirmation, soit par immunofluorescence indirecte (IFA), soit par titrage immuno-enzymatique (ELISA). Un de ces cas concernait un visiteur

immunosorbent (ELISA) assays. One of these cases was a visitor from France who acquired the infection while in Chicoutimi, Quebec⁽¹³⁾. All of the other 6 cases were Canadian residents.

Currently used laboratory tests, i.e., IFA and ELISA, for Lyme disease have their limitations. These tests can have low sensitivity especially in the early phases of the disease^(1,10), and in cases treated with antibiotics early in the course of the illness⁽¹⁾. In addition, variable specificity occurs⁽¹⁾ with frequent asymptomatic seropositivity reported⁽¹⁶⁾. Consequently, in all cases, clinical information is essential in the evaluation of laboratory results. Furthermore, because of the limitations of serologic testing, laboratory reports alone cannot be used for routine surveillance. However, since the clinical signs of the disease are non-specific, serologic testing is particularly useful in confirming clinically compatible cases from areas where Lyme disease is not known to be endemic. Isolation of the organism is also possible, but it is not routinely performed.

Serologic testing for evidence of Lyme disease in Canada is still not common. As awareness of this disease increases, it is anticipated that there will be greater demand by physicians for laboratory assistance in diagnosis. Evidence of this has already been noted at the Ontario Ministry of Health Laboratory in Toronto where the number of specimens submitted for serologic testing rose from 7 in 1985, to 12 in 1986 and 56 in 1987. (R.H. Notenboom, Toronto: personal communication, 1988). The 1985 and 1986 specimens were all seronegative but 5 (9%) of those submitted in 1987 were positive. In contrast, in 1986 in Connecticut, a known endemic area, the seropositivity rate was 24% in 5175 specimens submitted⁽¹⁾. Some provinces have expressed interest in identifying endemic areas and in conducting serologic studies on individuals living in these areas. Such studies would improve the current understanding of the ecology, prevalence, and clinical aspects of Lyme disease in Canada.

Acknowledgement: The assistance of Dr. H. Artsob and M. Garvie of LCDC is appreciated.

References:

1. Centers for Disease Control. MMWR 1988;37:1-3.
2. Magnarelli LA et al. J Infect Dis 1986; 154:355-358.
3. Barker IK et al. ODSR 1988; 9:151-153.
4. Gregson J. *Ixodoidea of Canada*. Ottawa, Ontario: Agriculture Canada, 1956. (publication no. 930).
5. Garvie M et al. Can J Zool 1978; 56:28-39.
6. Spielman A et al. J Med Entomol 1979; 15:218-234.
7. Cooley RA. The genera *Dermacentor* and *Otocentor* (*Ixodidae*) in the United States with studies in variation. Washington, D.C.: National Institute of Health Bulletin, 1938. (U.S. Gov't. Printing Office, publication no. 171).
8. Burgess B. Can Vet J 1988; 29:393-394.
9. Steere AC et al. N Engl J Med 1983; 308:733-740.
10. Centers for Disease Control. MMWR 1985; 34:376-384.
11. Boone JE. Lyme arthritis - First reported case in Canada. In: Proceedings of the Canadian Paediatric Society, 1982 June 30, London, Ontario. Abstract.
12. Lycka BAS. Can Med Assoc J 1986; 134:48-49.
13. Doby JM et al. Zentralbl Bakteriol Mikrobiol Hyg (A) 1986; 263:488-490.
14. Artsob H. ODSR 1987; 8:88.
15. Salit IE et al. CDWR 1988; 14:31-34.
16. Fahrer H et al. Schweiz Med Wochenschr 1988; 118:65-69.

SOURCE: Elly Bollegraaf, Disease Surveillance Division, Bureau of Communicable Disease Epidemiology, LCDC, Ottawa, Ontario.

venu de France qui a contracté l'infection à Chicoutimi (Québec)⁽¹³⁾. Les 6 autres étaient tous des résidents canadiens.

Les tests de laboratoire (IFA et ELISA) actuellement pratiqués pour la maladie de Lyme ont leurs limites. Leur sensibilité peut être faible, tout particulièrement aux stades précoce de l'atteinte^(1,10), et dans les cas où une antibiothérapie est amorcée tôt dans le déroulement de la maladie⁽¹⁾. En outre, la spécificité est variable⁽¹⁾, et la séropositivité asymptomatique, fréquemment signalée⁽¹⁶⁾. Dans tous les cas, il est donc essentiel d'avoir des données cliniques pour évaluer les résultats de laboratoire, et, étant donné les limites des tests sérologiques, la surveillance de routine ne peut reposer uniquement sur les rapports de laboratoire. Les signes cliniques de la maladie étant aspécifiques, la sérologie est toutefois particulièrement utile pour la confirmation de cas qui, compatibles sur le plan clinique, sont enregistrés dans des régions où la maladie de Lyme n'est pas réputée endémique. Également possible, l'isolement du microorganisme n'est pas pratique courante.

La sérologie de détection de la maladie de Lyme n'est pas encore courante au Canada. Plus la sensibilisation à la maladie s'intensifie, plus les médecins devraient recourir à l'appui des laboratoires à des fins diagnostiques. C'est ce qui se passe déjà à Toronto, au Laboratoire du ministère de la Santé de l'Ontario, où le nombre d'échantillons présentés pour sérologie est passé de 7 en 1985 à 12 en 1986, puis à 56 en 1987 (R.H. Notenboom, Toronto: communication personnelle, 1988). Les échantillons de 1985 et de 1986 étaient tous séronégatifs, mais 5 (9%) de ceux de 1987 se sont révélés positifs. Par contre au Connecticut, région d'endémie connue, le taux de séropositivité était de 24% pour les 5175 échantillons présentés en 1986⁽¹⁾. Certaines provinces se sont intéressées à identifier les régions d'endémie et à mener des études sérologiques chez les habitants de ces régions. De tels travaux permettraient de mieux comprendre l'écologie, la prévalence et les aspects cliniques de la maladie de Lyme au Canada.

Remerciements: Nous tenons à remercier de leur aide le Dr H. Artsob et M. Garvie du LLMC.

Références:

1. Centers for Disease Control. MMWR 1988; 37:1-3.
2. Magnarelli LA et coll. J Infect Dis 1986; 154:355-358.
3. Barker IK et coll. ODSR 1988; 9:151-153.
4. Gregson J. *Ixodoidea of Canada*. Ottawa, Ont.: Agriculture Canada, 1956. (Publication no 930).
5. Garvie M et coll. Can J Zool 1978; 56:28-39.
6. Spielman A et coll. J Med Entomol 1979; 15:218-234.
7. Cooley RA. The genera *Dermacentor* and *Otocentor* (*Ixodidae*) in the United States with studies in variation. Washington, D.C.: National Institute of Health Bulletin, 1938. (Presses du gouvernement américain, publication no 171).
8. Burgess B. Can Vet J 1988; 29:393-394.
9. Steere AC et coll. N Engl J Med 1983; 308:733-740.
10. Centers for Disease Control. MMWR 1985; 34:376-384.
11. Boone JE et coll. Lyme arthritis - First reported case in Canada. Dans: Actes de la Société canadienne de pédiatrie, 30 juin 1982, London (Ont.). Résumé analytique.
12. Lycka BAS. J Assoc méd can 1986; 134:48-49.
13. Doby JM et coll. Zentralbl Bakteriol Mikrobiol Hyg (A) 1986; 263:488-490.
14. Artsob H. ODSR 1987; 8:88.
15. Salit IE et coll. RHMC 1988; 14:31-34.
16. Fahrer H et coll. Schweiz Med Wochenschr 1988; 118:65-69.

SOURCE: Elly Bollegraaf, Division de la surveillance des maladies, Bureau de l'épidémiologie des maladies transmissibles, LLMC, Ottawa (Ontario).

QUARANTINABLE DISEASES REPORT/RAPPORT DES MALADIES QUARANTENAIRES
 Week Ending: May 28, 1988/Semaine se terminant le: 28 mai 1988

Cholera/Choléra	Yellow Fever/Fièvre jaune	Plague/Peste
<u>Infected Areas/ Régions infectées</u>	<u>Infected Areas/ Régions infectées</u>	<u>Infected Areas/ Régions infectées</u>
Angola	Bolivia/Bolivie	Bolivia/Bolivie
Benin/Bénin	Brazil/Brésil	Brazil/Brésil
Burkina Faso	Burkina Faso	Ecuador/Équateur
Burundi	Colombia/Colombie	Madagascar
Cameroon/Cameroun	Gambia/Gambie	Peru/Pérou
Equatorial Guinea/Guinée Équatoriale	Ghana	Tanzania/Tanzanie
Ghana	Guinea/Guinée	Uganda/Ouganda
Guinea/Guinée	Liberia	Vietnam Soc. Rep./ République socialiste du Viêt-Nam
India/Inde	Mali	Zaire/Zaïre
Indonesia/Indonésie	Mauritania/Mauritanie	
Iran	Nigeria	
Ivory Coast/Côte-d'Ivoire	Peru/Pérou	
Liberia	Sudan/Soudan	
Malaysia/Malaisie	Zaire/Zaïre	
Mali		
Mauritania/Mauritanie		
Nigeria		
Rwanda		
Sierra Leone		
Singapore/Singapour		
Tanzania/Tanzanie		
Thailand/Thaïlande		
Vietnam Soc. Rep./ République socialiste du Viêt-Nam		
Zaire/Zaïre		

WHO reports cholera epidemic in Angola - 11 000 cases. Although cholera vaccination is not required under WHO international health regulations, travellers to Southern Africa would be well advised to have a "cholera entry" in the vaccination book in order to avoid problems with local requirements./L'OMS signale une épidémie de choléra en Angola - 11 000 cas. Même si le vaccin anticholérique n'est pas exigé par le Règlement sanitaire international de l'OMS, on conseille fortement aux voyageurs à destination du sud de l'Afrique d'avoir une inscription pour le choléra dans leur carnet de vaccination pour éviter tout ennui avec les autorités locales.

No change in requirements for Certificate of Vaccination against Meningococcal meningitis for Saudi Arabia. Also advisable for Mozambique./Les exigences relatives au certificat de vaccination contre la méningite méningococcique s'appliquant à l'Arabie Saoudite sont inchangées. Elles sont aussi conseillées pour le Mozambique.

Announcement

EPIDEMIOLOGIC PRACTICES IN CANADA

"E P I C '8 8"

VIth Annual Course
 21-26 August 1988
 OTTAWA, Ontario

This course, sponsored by the Department of Epidemiology and Community Medicine, University of Ottawa, and the Bureau of Chronic Disease Epidemiology, LCDC, Health and Welfare Canada, is designed for physicians and other health professionals involved in the investigation, surveillance and control of environmental and occupational hazards. The focus will be on current issues in environmental and occupational epidemiology. Since topics and faculty are different from previous years, the course will be of interest to past participants. Continuing medical education credits are available for registered candidates.

For further information, contact The Department of Epidemiology and Community Medicine, University of Ottawa, 451 Smyth Road, Ottawa, Ontario, K1H 8M5, (Telephone: (613) 737-6480).

The Canada Diseases Weekly Report presents current information on infectious and other diseases for surveillance purposes and is available free of charge upon request. Many of the articles contain preliminary information and further confirmation may be obtained from the sources quoted. The Department of National Health and Welfare does not assume responsibility for accuracy or authenticity. Contributions are welcome (in the official language of your choice) from anyone working in the health field and will not preclude publication elsewhere.

Scientific Advisor: Dr. S.E. Acres (613) 957-0325
 Editor: Eleanor Paulson (613) 957-1788
 Circulation: Dolly Riggins (613) 957-0841

Bureau of Communicable Disease Epidemiology
 Laboratory Centre for Disease Control
 Tunney's Pasture
 OTTAWA, Ontario
 Canada K1A 0L2

Announce

PRATIQUES EN ÉPIDÉMIOLOGIE AU CANADA

"E P I C '8 8"

VI^e cours annuel
 Du 21 au 26 août 1988
 OTTAWA (Ontario)

Coparrainé par le Département d'épidémiologie et de médecine sociale de l'Université d'Ottawa et le Bureau d'épidémiologie des maladies chroniques du LCCM (Santé et Bien-être social Canada), ce cours s'adresse aux médecins et autres spécialistes de la santé chargés d'analyser, de surveiller et de contenir les risques environnementaux et professionnels. L'accent sera mis sur les questions d'actualité en épidémiologie professionnelle et environnementale. Les sujets traités et les membres du corps professoral n'étant pas les mêmes qu'au cours des années précédentes, le cours intéressera les anciens participants. Le cours sera donné en anglais seulement. Des crédits en formation médicale permanente sont offerts aux candidats inscrits.

Pour plus de renseignements, s'adresser au Département d'épidémiologie et de médecine sociale, Université d'Ottawa, 451, chemin Smyth, Ottawa (Ontario), K1H 8M5, (Téléphone: (613) 737-6480).

Le Rapport hebdomadaire des maladies au Canada, qui fournit des données pertinentes sur les maladies infectieuses et les autres maladies dans le but de faciliter leur surveillance, peut être obtenu gratuitement sur demande. Un grand nombre d'articles ne contiennent que des données sommaires mais des renseignements complémentaires peuvent être obtenus en s'adressant aux sources citées. Le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social ne peut être tenu responsable de l'exactitude, ni de l'authenticité des articles. Toute personne oeuvrant dans le domaine de la santé est invitée à collaborer (dans la langue officielle de son choix) et la publication d'un article dans le présent Rapport n'en empêche pas la publication ailleurs.

Conseiller scientifique: Dr. S.E. Acres (613) 957-0325
 Rédacteur en chef: Eleanor Paulson (613) 957-1788
 Distribution: Dolly Riggins (613) 957-0841

Bureau d'épidémiologie des maladies transmissibles
 Laboratoire de lutte contre la maladie
 Parc Tunney
 Ottawa (Ontario)
 Canada K1A 0L2