



Date of publication: July 3, 1976  
date de publication: 3 juillet 1976 vol. 2-27

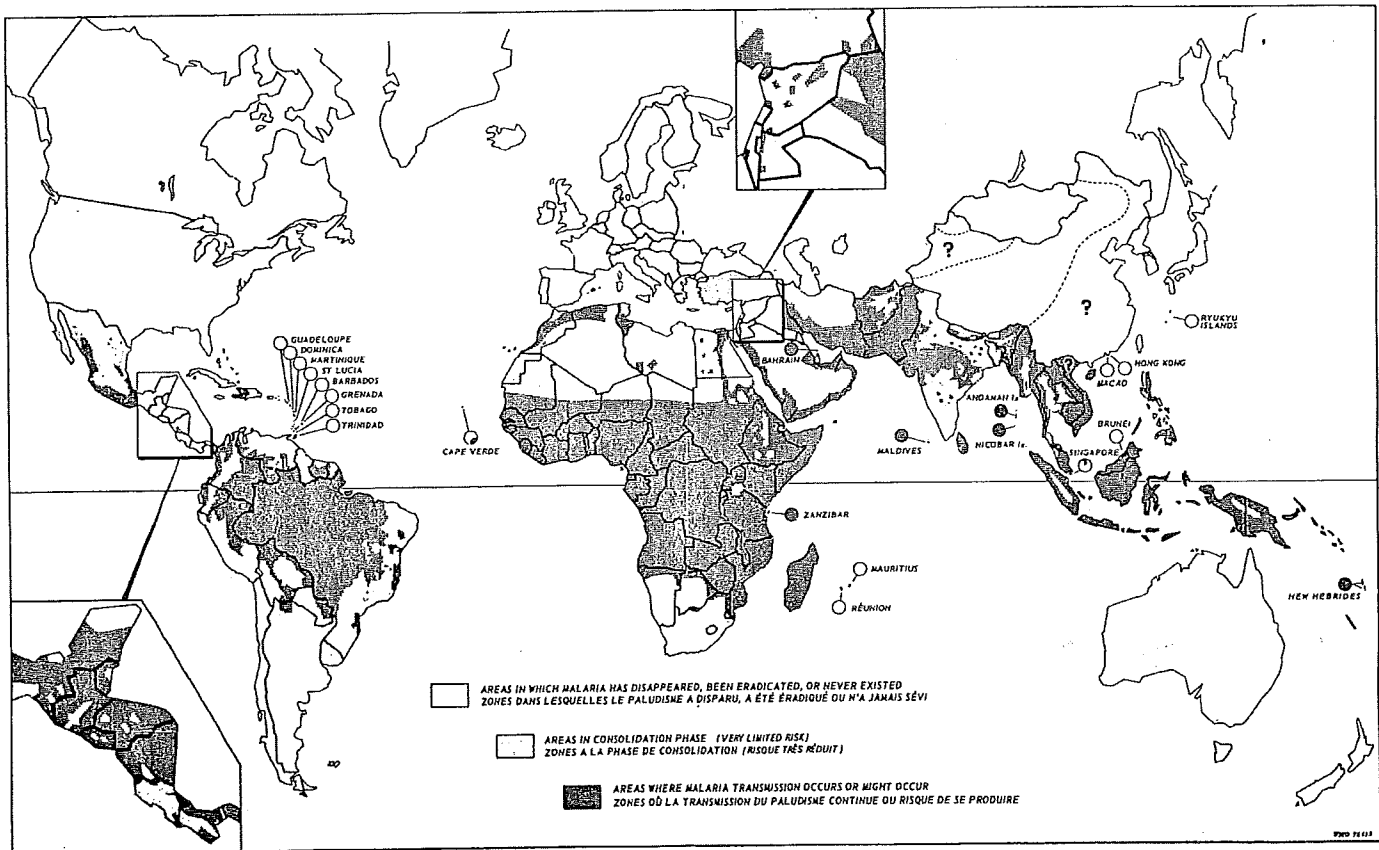
# canada diseases weekly report

# rapport hebdomadaire des maladies au canada

*85A11411*

CANADIAN OFFICIAL PUBLICATIONS  
COLLECTION  
DE PUBLICATIONS OFFICIELLES  
CANADIENNES  
NATIONAL LIBRARY/BIBLIOTHEQUE NATIONALE  
CANADA

EPIDEMIOLOGICAL ASSESSMENT OF STATUS OF MALARIA, DECEMBER 1975/  
ÉVALUATION ÉPIDÉMIologique DU PALUDISME, DÉCEMBRE 1975



SOURCE: WHO, *Weekly Epidemiological Record*, Vol. 51, No. 24, 1976./  
OMS, *Relevé épidémiologique hebdomadaire*, Vol. 51, n° 24, 1976.

MALARIA PROPHYLAXIS

With the ever-increasing multitude of people vacationing in the South, some precautionary note concerning malaria transmission is in order. Countries which have a high malaria transmission risk are listed below.

- AFRICA/AFRIQUE - All countries except the Spanish Sahara/Tous les pays sauf le Sahara espagnol
- ASIA/ASIE - All countries except Brunei, Hong Kong, Singapore, Japan, Macao/Tous les pays sauf Brunei, Hong-Kong, Singapour, Japon, Macao
- CENTRAL AMERICA/AMÉRIQUE CENTRALE - All countries/Tous les pays
- SOUTH AMERICA/AMÉRIQUE DU SUD - Particularly Brazil and subtropical areas/Surtout le Brésil et les régions subtropicales
- CARIBBEAN ISLANDS/CARAÏBES - Costa Rica, Dominican Republic, Haiti, Cuba?/Costa Rica, République Dominicaine, Haïti, Cuba?
- EUROPE - Greece (limited areas), Turkey/Grèce (certaines régions), Turquie
- MIDDLE EAST/MOYEN-ORIENT - All countries except Israel, Cyprus, Kuwait, Lebanon/Tous les pays sauf Israël, Chypre, Kuwait, Liban
- USSR/URSS - Limited areas in the South/Certaines régions du Sud
- OCEANIA/OCÉANIE - Papua, New Guinea, New Hebrides, Solomon Islands, and others/Papouasie, Nouvelle-Guinée, Nouvelles-Hébrides, Îles Salomon, et autres.

The recommended prophylactic measure usually prescribed is chloroquine, the dosage varying with the age of the individual as follows:

AGE	WEEKLY DOSE OF CHLOROQUINE/ DOSE HEBDOMADAIRE DE CHLOROQUINE	NUMBER OF TABLETS OF ARALEN*/ NOMBRE DE COMPRIMÉS D'ARALEN*
12 yrs. and above/12 ans et plus	500 mg	2
6 - 12	375 mg	1 1/2
3 - 6	250 mg	1
1 - 3	125 mg	1/2
0 - 1	75 mg	1/3

\*Brand name of chloroquine/nom déposé de la chloroquine.

However, alternative drugs used in countries where chloroquine-resistant *Plasmodium* occur, or in cases where the individual cannot tolerate chloroquine are:

GENERIC DRUG NAME/ DÉNOMINATION COMMUNE DU MÉDICAMENT	TRADE NAME/ NOM DÉPOSÉ	ADULT DOSAGE/ POSOLOGIE ADULTE
Anodiaquine	Flavoquin, Camoquine	600 mg weekly/par semaine
Proguanil	Paludrine	100 mg daily/par jour
Pyrimethamine/Pyriméthamine	Daraprim, Malocide	50 mg weekly/par semaine
Pyrimethamine-Sulfadoxine/Pyriméthamine-Sulfadoxine	Fansidar	1 tablet weekly/comprimé par semaine
Pyrimethamine-Chloroquine/Pyriméthamine-Chloroquine	Darachlor	2 tablets weekly/comprimés par semaine

The onset of anti-malaria drug treatment is from one to two weeks prior to the voyage and continues for up to two months after. Medical consultation prior to taking a trip is advised for the correct drug treatment.

SOURCE: Dr. Neil A. Croll and Theresa Gyorkos, National Reference Centre for Parasitology, Institute of Parasitology, Macdonald College, McGill University, Montreal.

International Notes

IMPORTED INFECTIONS - UNITED KINGDOM, WALES, 1975

A proportion of the infections reported by laboratories in England and Wales are acquired abroad, though the country of origin is not always known. Of infections in which this information is available for 1975 about half were thought to have been contracted in the Indian subcontinent, a quarter in Africa, and most of the rest from Europe, the Near East, and the Far East. This geographical distribution often reflects the amount of travel and immigration from these areas; it is not necessarily indicative of the relative risk of exposure to the infections there.

PROPHYLAXIE DU PALUDISME

A cause du nombre sans cesse croissant de personnes qui prennent leurs vacances dans le Sud, il est à propos de donner certains renseignements sur la transmission du paludisme. On trouvera ci-dessous la liste des pays où le risque de transmission du paludisme est très élevé.

- A cause du nombre sans cesse croissant de personnes qui prennent leurs vacances dans le Sud, il est à propos de donner certains renseignements sur la transmission du paludisme. On trouvera ci-dessous la liste des pays où le risque de transmission du paludisme est très élevé.

Le médicament préventif habituellement recommandé est la chloroquine, dont la posologie varie selon l'âge de la personne, comme le démontre le tableau ci-dessous:

Il arrive cependant qu'on emploie d'autres médicaments dans certains pays où l'on rencontre des organismes de *Plasmodium* résistants à la chloroquine, ou lorsqu'une personne ne peut tolérer la chloroquine. Ces médicaments sont les suivants:

Le traitement contre le paludisme débute une à deux semaines avant le voyage et se poursuit jusqu'à deux mois après celui-ci. On conseille un examen médical avant le voyage pour permettre de déterminer le traitement à administrer.

SOURCE: Dr. Neil A. Croll et Theresa Gyorkos, Centre national de référence de parasitologie, Institut de parasitologie, Collège Macdonald, Université McGill, Montréal.

Notes internationales

IMPORTATION D'INFECTIONS - ROYAUME-UNI, PAYS DE GALLES, 1975

Un certain nombre d'infections signalées par les laboratoires de Grande-Bretagne et du Pays de Galles sont contractées à l'étranger; toutefois, le pays d'origine n'est pas toujours connu. On connaît l'origine de certaines infections pour l'année 1975: environ la moitié ont été contractées dans le sous-continent indien, le quart en Afrique et la plupart du reste en Europe, au Proche-Orient et en Orient. Cette répartition géographique correspond souvent au volume de trafic et d'immigrants en provenance de ces régions; elle ne reflète pas forcément le risque d'exposition à l'infection dans ces régions.

Malaria is one of the most serious of the imported infections. In 1975, about 750 cases were diagnosed and reported to the Malaria Reference Laboratory. About two-thirds of these cases were caused by *Plasmodium vivax* - mostly from the Indian subcontinent - and a few from Africa or the Far East. Nearly all the *P. falciparum* infections, on the other hand, were contracted in Africa; but during 1975 some were thought to have been acquired in the Indian subcontinent (mainly Pakistan), where the risk of acquiring this malignant form of malaria may be increasing.

Amoebiasis due to *Entamoeba histolytica* is another important protozoal infection in patients who have been abroad. In 1975 about 300 cases were reported. Not all of these were necessarily acquired in 1975; some had chronic abscesses from infections presumably acquired earlier, and some may have been carriers. The Indian subcontinent was specified in about half the cases in which the country of origin was known, Africa in about a third, and, with the exception of 2 patients who were thought to have acquired their infections in South or Central America, the remainder in the Near East or Far East. The risk of amoebiasis may not be confined to tropical and subtropical areas, as there were 2 patients from Europe - 1 from Italy and the other from Western Russia.

Helminth infections, commonly reported by laboratories, in 1975 included about 1,000 hookworm, 1,000 ascaris, and 1,500 trichuris infections. Most of these infections, the hookworms in particular, were probably acquired abroad. About 300 *Hymenolepis nana* infections were reported during the year, and about half of these were from the Indian subcontinent.

Other helminth reports in 1975 included 180 schistosoma infections; about half of these were *S. mansoni* and a quarter were *S. haematobium*. Most of these infections were probably acquired in Africa, but about 10% were thought to have been acquired in the Near East.

Some bacterial infections were also acquired abroad. In 1975 about 180 imported typhoid fever infections were reported. About 100 of these were acquired in the Indian subcontinent. Europe was the next most common source; 32 cases were reported during the year, mostly from Spain. Twenty-two of these infections were in a group of vacationers who went to a beach barbecue in Majorca: they were subsequently found to be infected with *Salmonella typhi*, phage type El. *S. typhi* infections were also diagnosed in persons traveling from the Near East, Far East, and Africa. About 40 paratyphoid infections from abroad were reported; most of the infections with *S. paratyphi A* were contracted in the Indian subcontinent, whereas *S. paratyphi B* mainly came from Europe and the Near East. An infection with *Vibrio cholerae* was contracted in Iraq.

**SOURCE:** From notes based on reports to the Public Health Laboratory Service from public health and hospital laboratories in the United Kingdom and the Republic of Ireland, published in the British Medical Journal, January 24, 1976, and Morbidity and Mortality Weekly Report, Vol. 25, No. 15, 1976.

Le paludisme est la plus grave des infections importées. En 1975, environ 750 cas ont été diagnostiqués et notifiés au Laboratoire de référence pour le paludisme. Environ deux tiers des cas ont été provoqués par *Plasmodium vivax* - provenant surtout du sous-continent indien - et quelques cas provenant d'Afrique et d'Orient. Par contre, presque toutes les infections dues à *P. falciparum* ont été contractées en Afrique; toutefois, on croit qu'en 1975 certaines infections ont été contractées dans le sous-continent indien (principalement au Pakistan) où le risque de contracter cette forme maligne de paludisme pourrait être en train de s'accroître.

L'amibiase due à *Entamoeba histolytica* est une autre infection à protozoaires fréquente chez les patients qui sont allés à l'étranger. En 1975, environ 300 cas ont été signalés. Toutes ces infections n'ont pas nécessairement été contractées en 1975; certains patients présentaient des abcès chroniques probablement acquis précédemment et certains autres peuvent avoir été des porteurs. Le sous-continent indien a été mentionné dans environ la moitié des cas où le nom du pays d'origine a été précisé, l'Afrique dans environ un tiers des cas et, à l'exception de deux patients qui semblent avoir contracté l'infection en Amérique centrale ou en Amérique du sud, les autres l'ont contractée dans le Proche-Orient ou en Orient. Le risque d'amibiase n'est pas limité aux régions tropicales ou subtropicales car deux patients provenaient d'Europe (un cas d'Italie et l'autre de Russie occidentale).

Les helminthiases, signalées couramment par les laboratoires en 1975, comprenaient 1 000 cas d'ankylostomiase, 1 000 cas d'ascaridose et 1 500 cas de trichocéphalose. La plupart de ces infections, en particulier les ankylostomiases, ont probablement été contractées à l'étranger. Environ 300 infections dues à *Hymenolepis nana* ont été signalées au cours de l'année et la moitié environ de ces cas provenaient du sous-continent indien.

En 1975, des rapports concernant d'autres helminthes signalaient 180 infections à *Schistosoma*: environ la moitié, des *S. mansoni* et, un quart, des *S. haematobium*. La plupart de ces infections ont probablement été contractées en Afrique, mais on croit qu'environ 10% provenaient du Proche-Orient.

Certaines infections bactériennes ont également été contractées à l'étranger. En 1975, environ 180 cas importés de fièvre typhoïde ont été signalés, dont 100 avaient été contractés dans le sous-continent indien. L'Europe a été la seconde source la plus importante: 32 cas ont été notifiés au cours de l'année, surtout en provenance d'Espagne. Vingt-deux de ces cas faisaient partie d'un groupe d'estivants qui avaient participé à un barbecue sur une plage de l'île de Majorque: on a pu déterminer par la suite qu'ils avaient été infectés par *Salmonelle typhi*, lysotype El. Des infections à *S. typhi* ont également été diagnostiquées chez des personnes qui s'étaient rendues au Proche-Orient, en Orient et en Afrique. Environ 40 cas de paratyphoïde en provenance de l'étranger ont été signalés; la plupart des infections à *S. paratyphi A* ont été contractées dans le sous-continent indien, tandis que *S. paratyphi B* provenait surtout d'Europe et du Proche-Orient. Une infection à *Vibrio cholerae* a été contractée en Iraq.

**SOURCE:** Notes établies à partir des rapports adressés au Public Health Laboratory Service par les laboratoires de la santé publique et des hôpitaux du Royaume-Uni et de la République d'Irlande, et publiées dans le British Medical Journal, 24 janvier 1976 et dans Morbidity and Mortality Weekly Report, Vol. 25, n° 15, 1976.

HUMAN SALMONELLOSIS IN CANADA - PROVISIONAL REPORT/SALMONELLOSE HUMAINE AU CANADA - RAPPORT PROVISOIRE

Four-Week Period: May 24 - June 20, 1976

Période de 4 semaines: 24 mai - 20 juin, 1976

SEROTYPE SÉROTYPE	B.C. C.-B.	ALTA. ALB.	SASK.	MAN.	ONT.	QUE. QUÉ.	N.B. N.-B.	N.S. N.-É.	P.E.I. I.P.É.	NFLD. T.-N.	CANADA
<i>S. agona</i>					13	2					15
<i>S. anatum</i>					1	2		1			4
<i>S. bovis-morbificans</i>						1					1
<i>S. brandenburg</i>					1						1
<i>S. bredeney</i>						3					3
<i>S. derby</i>	1				2	2					5
<i>S. enteritidis</i>	2			3	7	6	3				21
<i>S. haardt</i>					1						1
<i>S. hartford</i>					2	1					3
<i>S. havana</i>						1					1
<i>S. heidelberg</i>	5	1	3	1	8	3					21
<i>S. infantis</i>	2	1	2	3	5	5	2	1		1	22
<i>S. java</i>					3						3
<i>S. kentucky</i>						1					1
<i>S. lexington</i>						1					1
<i>S. litchfield</i>					4			3			7
<i>S. manhattan</i>	2			1							3
<i>S. meleagridis</i>						1					1
<i>S. montevideo</i>	1	1			2	3					7
<i>S. muenchen</i>	2						2				4
<i>S. muenster</i>					1					1	2
<i>S. newport</i>		1			6	2					9
<i>S. oranienburg</i>						3					3
<i>S. panama</i>		1									1
<i>S. portsmouth</i>						1					1
<i>S. saint-paul</i>	2	2	5		3	1					13
<i>S. san-diego</i>						1					1
<i>S. schwarzengrund</i>					2	1	1				4
<i>S. senftenberg</i>						1					1
<i>S. tananarive</i>						1					1
<i>S. tennessee</i>					2	2					4
<i>S. thompson</i>					4	3					7
<i>S. typhi</i>	1		1		4	13					19
<i>S. typhimurium</i>	5	11	3	3	75	15		1	1	3	117
<i>S. OR:g,s,t:-</i>					1						1
<i>S. Group B/S. du</i> <i>groupe B</i>		2		2			1				5
<i>S. Group C<sub>1</sub>/S. du</i> <i>groupe C<sub>1</sub></i>		1						1			2
<i>S. Group C<sub>2</sub>/S. du</i> <i>groupe C<sub>2</sub></i>				1							1
<i>S. Group I/S. du</i> <i>groupe I</i>		1									1
<i>S. incomplete/S. incom-</i> <i>plètement identifiés</i>	2										2
<i>S. arizonae sp./esp. de</i> <i>S. arizonae</i>		2									2
<b>TOTAL</b>	<b>25</b>	<b>24</b>	<b>14</b>	<b>14</b>	<b>147</b>	<b>76</b>	<b>9</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>322</b>

*SOURCE:* National Enteric Reference Centre, Bureau of Bacteriology,  
Laboratory Centre for Disease Control.  
Centre canadien de référence des bactéries entériques,  
Bureau de bactériologie, Laboratoire de lutte contre la maladie.

This Report presents current epidemiological and statistical information on infectious and other diseases and is available free of charge upon request. Contributions are welcome from anyone working in the health field and will not preclude publication elsewhere.

Send reports to the Editor:

Dr. F.M.M. White, Bureau of Epidemiology,  
Laboratory Centre for Disease Control,  
Tunney's Pasture,  
Ottawa, Ontario, Canada K1A 0L2

Assistant Editor: E. Paulson

Le présent Rapport présente les données épidémiologiques et statistiques courantes sur les infections et autres maladies et peut être obtenu gratuitement sur demande. Toute personne oeuvrant dans le domaine de la santé est invitée à collaborer, et la publication d'un article dans le Rapport n'en empêche pas la publication ailleurs.

Prière d'envoyer les rapports au Rédacteur en chef:

Dr F.M.M. White, Bureau de l'épidémiologie,  
Centre de lutte contre la maladie,  
Parc Tunney,  
Ottawa (Ontario) Canada K1A 0L2

Rédacteur en chef adjoint: E. Paulson