



Canada Diseases Weekly Report

ISSN 0382-232X

BIBLIOTHÈQUE CENTRALE POUR
DISEASE CONTROL LIBRARY

OCT 21 1992

CENTRE DE LUTTE CONTRE
LA MALADIE BIBLIOTHÈQUEDate of publication: November 29, 1986
Date de publication: 29 novembre 1986 Vol. 12-48

CONTAINED IN THIS ISSUE:

Chlamydia trachomatis in Simultaneous Ocular and Genital Infections in an STD Clinic - Quebec	221
AIDS Surveillance	222
Imported Polio - Implications for Travellers to Third World Countries	223
Dengue Fever in the Americas	224

CONTENU DU PRÉSENT NUMÉRO:

Chlamydia trachomatis dans des infections oculaires et génitales simultanées enregistrées dans une clinique de MTS - Québec	221
Surveillance du SIDA	222
Polio importée: conséquences pour les voyageurs à destination du tiers monde	223
La dengue en Amérique	224

CHLAMYDIA TRACHOMATIS IN SIMULTANEOUS OCULAR AND GENITAL INFECTIONS IN AN STD CLINIC - QUEBEC

Chlamydia trachomatis, an obligate intracellular microorganism, is a known causative agent of conjunctivitis, urethritis and cervicitis. Of the 15 known serotypes, serotypes A, B, Ba and C are associated with hyperendemic trachoma leading to blindness; L-1, L-2 and L-3 with lymphogranuloma venereum; and D to K with infections of the genital system and with inclusion conjunctivitis. Genital strains of **C. trachomatis** have often been associated with inclusion conjunctivitis, while those related to trachoma are only rarely found in genital infections.

The true incidence of **C. trachomatis** infections in Canada is not known, although it appears that this microorganism plays a key role in sexually transmitted diseases (STDs) in both males and females. Recently, 159 patients, who were found on clinical examination at the Hôtel-Dieu de Montréal STD Clinic to have both an eye infection (conjunctivitis) and a genital infection (urethritis or cervicitis), were studied. The average age of these 88 men and 71 women was 38 and 31, respectively.

Scrapings from the ureter or cervix and the conjunctiva were seeded onto Hela 229 cells treated with DEAE-Dextran. After centrifuging for 60 minutes at 3000 rpm, followed by incubation at 35°C for 72 hours, the cells were Giemsa-stained and examined for the presence of the cytoplasmic inclusions typical of **C. trachomatis** infection. The results are summarized in Table 1.

CHLAMYDIA TRACHOMATIS DANS DES INFECTIONS OCULAIRES ET GÉNITALES SIMULTANÉES ENREGISTRÉES DANS UNE CLINIQUE DE MTS - QUÉBEC

Microorganisme intracellulaire obligatoire, **Chlamydia trachomatis** est réputé comme agent de conjonctivites, d'urétrites et de cervicites. Parmi les 15 sérotypes connus, A, B, Ba et C sont associés au trachome hyperendémique entraînant la cécité, L-1, L-2 et L-3, au lymphogranulome vénérien, et les sérotypes D à K aux infections des voies génitales et aux conjonctivites à inclusions. Les souches génitales de **C. trachomatis** ont souvent été liées aux conjonctivites à inclusions, tandis que les sérotypes associés au trachome ne sont que rarement retrouvés dans les infections des voies génitales.

L'incidence réelle des infections à **C. trachomatis** au Canada est inconnue, quoiqu'il apparaît que ce microorganisme joue un rôle primordial dans les maladies transmises par voie sexuelle (MTS) chez l'homme et la femme. Récemment, parmi les patients inscrits à la clinique des MTS de l'Hôtel-Dieu de Montréal, on a étudié 159 cas présentant à l'examen clinique à la fois une infection oculaire (conjonctivite) et une infection des voies génitales (urétrite ou cervicite). L'âge moyen des patients (88 hommes et 71 femmes) était respectivement de 38 et 31 ans.

Les prélèvements (urètre, col, conjonctive) ont été ensemencés sur cellules Hela 229 traitées au DEAE-Dextran. Après centrifugation (60 min à 3000 rpm) puis incubation à 35°C pendant 72 heures, les cellules ont été colorées au Giemsa et examinées pour la présence d'inclusions intracytoplasmiques typiques de l'infection par **C. trachomatis**. Les résultats obtenus sont résumés dans le Tableau 1.

Table 1. Number of Isolations of **C. trachomatis** By Sample Site in Patients with Simultaneous Conjunctivitis and Urethritis/Cervicitis/
Tableau 1. Nombre d'isollements de **C. trachomatis** selon le site de prélèvement chez des patients ayant simultanément une conjonctivite et une urétrite ou une cervicite

Sample Site/ Site du prélèvement	Isolation of C. trachomatis / Isolement de C. trachomatis		159 patients	Total
	88 males/hommes	71 females/femmes		
Genital tract and eyes/ Tractus génital et yeux	20 (22.7%)	11 (15.5%)	31	(19.5%)
Genital tract/ Tractus génital	6 (6.7%)	5 (7.0%)	11	(6.9%)
Eyes/Yeux	18 (20.0%)	16 (22.5%)	34	(21.0%)

Second Class Mail Registration No. 5670

Courrier de la deuxième classe - Enregistrement n° 5670

Health and Welfare
Canada Santé et Bien-être social
Canada

These laboratory results indicate that, in 31 (19.5%) of the 159 patients involved, the simultaneous infections at both sites (eye and genital tract) was caused by *C. trachomatis*. This suggests that double infections in the same patient may result from auto-transmission of the microorganism.

References:

1. Taylor-Robinson D, Thomas BJ. *J Clin Pathol* 1980;33:205-233.
2. Darougar S et al. *Br J Ophthalmol* 1979;63:256-258.
3. Schachter J, Dawson CR. *Human chlamydial infections*. Littleton: PSG Pub Comp Inc, 1978:97-109.

SOURCE: Richard Morisset, MD, MSc, Head, Microbiology Department and Infectious Disease Clinic, Christine Kurstak, MD, DSc, Head, Virology Laboratory, Hôtel-Dieu de Montréal, Montreal, Quebec.

Comment: *C. trachomatis* is probably the most common cause of sexually transmitted urethritis and cervicitis in Canada today. There are relatively few identifications of *C. trachomatis* from sites other than the genital tract. The virus laboratories contributing to the WHO virus surveillance program submitted 7884 reports of chlamydial infections in 1985 (CDWR 1986;12:89-91). Of those with site specified, 97% were from the genital tract and only 2.1% were from the eye. The age distribution of isolations from the eye shows 2 peaks. Chlamydia conjunctivitis in infants less than 4 months old (29% of isolations) and in the 15-39 year group (43%) was most likely related to a genital tract infection (perinatal transmission and auto-inoculation, respectively).

While it has not been common practice to identify *C. trachomatis* in persons presenting with conjunctivitis alone, persons with a proven Chlamydia conjunctivitis should be examined for a genital tract infection and partners treated accordingly(1). Therapy for genital tract infections may be inadequate for conjunctivitis. The chronic form (inclusion conjunctivitis) in adults requires 3 weeks of systemic tetracycline or erythromycin(2).

The occurrence of Chlamydia conjunctivitis with urethritis/cervicitis in an STD clinic population is not surprising as the data from the Hôtel-Dieu clinic illustrate.

References:

1. Benenson AS, ed. *Control of communicable diseases in man*. 14th ed. Washington: APHA, 1985:72-75.
2. Binder PS. Ocular chlamydial and rickettsial infections. In: Braude AI, Davis CE, Fierer J, eds. *Infectious diseases and medical microbiology*. 2nd ed. Philadelphia: WB Saunders, 1986:1463-1465.

SOURCE: J Hockin, MD, Bureau of Communicable Disease Epidemiology, LCDC, Ottawa, Ontario.

AIDS SURVEILLANCE

Canada: As of 17 November 1986, 786 cases of AIDS meeting the surveillance case definition were reported to the National AIDS Centre. Four hundred and eleven of these cases have died, giving a case-fatality rate of 52.3%. The risk factors for exposure to HIV were homosexual/bisexual activity (81.8%), use of intravenous drugs (0.4%), blood transfusion or receipt of blood products (3.6%), heterosexual contact with a person at risk of HIV infection (2.3%), origin in an endemic area (7.6%), parent at risk of HIV infection (1.8%), and unknown risk factors (2.5%). The number of AIDS cases diagnosed in Canada is doubling every 12 months.

Les résultats d'examens de laboratoire indiquent que chez 31 des 159 patients (19,5%) ayant à l'examen clinique simultanément une conjonctivite et une urétrite ou une cervicite, l'infection était provoquée dans les deux cas par *C. trachomatis*, ce qui laisse supposer que les infections doubles chez le même malade peuvent résulter d'une autotransmission du microorganisme.

Références:

1. Taylor-Robinson D, Thomas BJ. *J Clin Pathol* 1980;33:205-233.
2. Darougar S et coll. *Br J Ophthalmol* 1979;63:256-258.
3. Schachter J, Dawson CR. *Human chlamydial infections*. Littleton: PSG Pub Comp Inc, 1978:97-109.

SOURCE: Dr Richard Morisset, MSc, Chef des services de microbiologie et des maladies infectieuses, Dr Christine Kurstak, DSc, Responsable du laboratoire de virologie, Hôtel-Dieu de Montréal (Québec).

Commentaires: *C. trachomatis* est probablement la cause la plus fréquente d'urétrite et de cervicite transmises sexuellement au Canada de nos jours. On isole relativement rarement cet organisme de sites autres que les voies génitales. Les laboratoires de virologie qui participent au programme de surveillance virologique de l'OMS ont soumis en 1985, 7884 rapports d'infections à Chlamydia (RHMC 1986;12:89-91). De ceux dont le site était précisé, 97% concernaient le tractus génital et seulement 2,1%, l'oeil. La distribution selon l'âge des cas d'infection oculaire révèle 2 pics. Les conjonctivites à Chlamydia chez des nourrissons de moins de 4 mois (29% des isolements) et des personnes de 15 à 39 ans (43%) étaient le plus souvent associées à une infection des voies génitales (transmission périnatale et auto-inoculation respectivement).

Bien que l'on ne procède pas habituellement à la recherche de *C. trachomatis* chez des personnes ne présentant qu'une conjonctivite, il serait bon que les personnes souffrant d'une conjonctivite à Chlamydia subissent aussi un examen des voies génitales et que leurs partenaires sexuels consultent un médecin à ce sujet(1). La forme chronique de l'infection chez l'adulte (conjonctivite à inclusions) demande un traitement par voie générale de 3 semaines de tétracycline ou d'erythromycine(2).

Il n'est pas surprenant de constater une conjonctivite à Chlamydia chez des patients d'une clinique de MTS présentant déjà une urétrite ou une cervicite, comme le démontrent les données de la clinique de l'Hôtel-Dieu.

Références:

1. Benenson AS, éd. *Control of communicable diseases in man*. 14^e édition. Washington: APHA, 1985:72-75.
2. Binder PS. *Ocular chlamydial and rickettsial infections*. In: Braude AI, Davis CE, Fierer J, éds. *Infectious diseases and medical microbiology*. 2^e éd. Philadelphie: WB Saunders, 1986:1463-1465.

SOURCE: Dr J Hockin, Bureau de l'épidémiologie des maladies transmissibles, LCCM, Ottawa, Ontario.

SURVEILLANCE DU SIDA

Canada: En date du 17 novembre 1986, le Centre national sur le SIDA avait reçu 786 déclarations de cas de SIDA répondant à la définition appliquée aux fins de la surveillance. Parmi ces cas, on a enregistré 411 décès, ce qui donne un taux de létalité de 52,3%. Les facteurs de risque à l'égard d'une exposition au VIH étaient les suivants: activité homosexuelle ou bisexuelle (81,8%); utilisation de drogues i.v. (0,4%); transfusion de sang ou administration de dérivés sanguins (3,6%); contact hétérosexuel avec un sujet à risque à l'égard de l'infection à VIH (2,3%); pays d'origine situé dans une zone d'endémie (7,6%); parent à risque à l'égard de l'infection à VIH (1,8%); et facteur de risque inconnu (2,5%). Au Canada, le nombre des diagnostics de SIDA double tous les 12 mois.

*** STATISTICS CANADA - STATISTIQUE CANADA ***

Notifiable Diseases Summary - Sommaire des maladies à déclaration obligatoire

New Cases Reported for the Four Week Period Ending October 25, 1986.
Nouveaux cas déclarés pour la période de quatre semaines se terminant le 25 octobre 1986.

No. Disease No. Maladie	ICD-9 CIM-9	Newfoundland			Prince Edward Island			Nova Scotia			New Brunswick			Québec					
		Canada			Terre-Neuve			Île-du-Prince Édouard			Nouvelle-Écosse			Nouveau-Brunswick					
		Cur. Cou.	Cum. 86	Cum. 85	Cur. Cou.	Cum. 86	Cum. 85	Cur. Cou.	Cum. 86	Cum. 85	Cur. Cou.	Cum. 86	Cum. 85	Cur. Cou.	Cum. 86	Cum. 85			
1. AIDS - SIDA		21	342	193	-	-	-	1	1	-	-	3	3	2	4	2	-	90	57
2. Amoebiasis - Amibiase	006	120	1301	1349	-	2	2	-	-	-	2	18	40	-	1	1	-	69	39
3. Botulism - Botulisme	005.1	1	6	4	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4. Brucellosis - Brucellose	023	-	8	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	2
5. Campylobacteriosis - Campylobactériose		1085	8121	..	9	47	..	-	-	..	24	160	..	23	128	..	41	136	..
6. Chickenpox - Varicelle	052	1263	29863	..	5	456	..	-	-	..	3	725	..	-	8	..	-	-	-
7. Cholera - Choléra	001	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
8. Diphtheria - Diphtérie	032	2	4	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
9. Giardiasis - Giardiase	007.1	999	6829	5717	9	51	42	6	22	10	10	88	98	11	16	5	33	338	252
10. Gonococcal Infections - Infections gonococciques(1)	098	2863	28573	32003	44	380	499	12	51	34	102	824	1020	72	400	413	423	4163	2979
11. Gono Ophth néonat - Oph gono du nouveau-né	098.4	-	2	4	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
12. Haemophilus influenzae B - invasive		51	374	..	-	9	..	-	-	..	3	17	..	-	12	..	5	28	..
13. Hepatitis A	070.0, 070.1	81	1160	2193	-	7	11	-	-	..	3	5	10	-	6	1	2	44	30
14. Hepatitis B	070.2, 070.3	185	1809	1646	-	3	9	-	-	..	2	17	18	5	22	8	34	478	195
15. Hepatitis other - Hépatite autres(2)		82	286	157	-	-	-	-	14	10	-	-	-	-	3	1	-	46	41
16. Legionellosis - Légionellose		8	48	..	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-
17. Leprosy - Lèpre	030	-	21	11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
18. Malaria - Paludisme	084	15	252	219	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	2	3	16	4	
19. Measles - Rougeole	055	201	14585	2189	-	6	1	-	-	7	1430	22	4	145	5	5	65	124	
20. Pneumococcal meningitis - Meningite à pneumocoques(3)	320.1	7	67	53	-	1	-	-	-	-	1	2	2	1	3	2	-	-	-
21. Other bact. meningitis Autres méninigite bactérienne(4)		11	119	91	-	-	3	-	-	-	-	1	2	1	2	4	-	-	-
22. Viral meningitis - méninigite virale(5)		60	328	216	-	-	-	-	-	-	-	1	4	-	1	-	3	14	18
23. Meningococcal infections - Infections à méninogocoques	036	21	190	148	-	1	4	-	-	1	1	5	2	2	3	2	2	53	36
24. Mumps - Oreillons	072	53	482	..	-	2	..	-	-	..	3	6	..	1	2	..	-	2	..
25. Paratyphoid - Paratyphoïde	002.1-002.9	1	29	13	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1	
26. Pertussis - Coqueluche	033	222	1827	1590	10	57	11	7	48	36	28	366	116	4	19	8	9	158	106
27. Plague - Peste	020	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
28. Poliomyelitis - Poliomylélite	045	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
29. Rabies - Rage	071	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
30. Rubella - Rubéole	056	134	2129	2062	56	176	8	-	-	-	-	4	2	-	54	8	4	101	460
31. Congenital Rubella - Rubéole congénitale	771.0	-	4	2	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-
32. Salmonellosis - Salmonellose(6)	003	950	8364	6290	14	121	99	37	99	34	22	168	137	13	95	64	121	1129	715
33. Shigellosis - Shigellose	004	112	1224	1044	1	1	1	1	2	-	1	9	12	-	3	1	11	137	75
34. Syphilis, Early, Symptomatic - Symptomatique, récent	091	40	490	657	-	3	-	-	-	-	1	2	6	-	1	-	4	112	87
35. Other - Autres	090, 092-097	107	1177	1223	-	-	1	-	-	-	5	8	8	-	-	-	43	407	219
36. Tetanus - Tétanos	037	-	4	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	
37. Trichinosis - Trichinose	124	-	7	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
38. Tuberculosis - Tuberculose	010-018	147	1240	1348	5	37	27	-	1	1	1	19	25	2	16	32	24	287	200
39. Typhoid - Typhoïde	002.0	5	44	35	-	1	1	-	-	-	-	1	-	4	-	2	6	5	
40. Yellow Fever - Fièvre jaune	060	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	

(1) Includes all 098 categories except 098.4. - Comprend toutes les rubriques 098, sauf 098.4.

(2) Includes 070.4 to 070.9 and unspecified. - Comprend 070.4 à 070.9 et sans précision.

(3) Includes encephalitis. - Comprend encéphalite.

(4) All other categories except Haemophilus 320.0, Meningococcal 036 and Tuberculosis 013.0. - Toutes les autres rubriques sauf à Haemophilus 320.0, méninogocoques 036 et tuberculose 013.0.

(5) All categories except Measles 055, Poliomyelitis 045, Rubella 056, Yellow Fever 060. - Toutes les rubriques sauf rougeole 055, poliomylélite 045, rubéole 056, fièvre jaune 060.

(6) Excludes Typhoid 002.0 and Paratyphoid 002.1 to 002.9. - Sauf typhoïde 002.0 et paratyphoïde 002.1 à 002.9.

NOTE: Cumulative totals for both years correspond to the same period of time.

NOTA: Les totaux cumulatifs pour les deux années sont comparatifs à la même période de temps.

SYMBOLS:

SIGNES CONVENTIONNELS:

. Not reportable . è déclaration non obligatoire
. Not available .. Non disponible.
- No cases reported - Aucun cas déclaré.

SOURCE:

Vital Statistics and Health Status, Health Division, Statistics Canada, Ottawa, Canada, K1A 0T6 telephone (613) 991-1769 Statistique de l'état civil et de la santé, Division de la santé, Statistique Canada, Ottawa, Canada, K1A 0T6 téléphone (613) 991-1769

This Table has been produced by the use of CANSIM.
Ce tableau a été produit avec le concours de CANSIM.

Notifiable Diseases Summary (Concluded) - Sommaire des maladies à déclaration obligatoire (fin)

(1) Includes all 098 categories except 098.4. - Comprend toutes les rubriques 098, sauf 098.4.

(2) Includes 070.4 to 070.9 and unspecified. - Comprend 070.4 à 070.9 et sans précision.

(3) Includes encephalitis. - Comprend encéphalite.
(4) All other categories except Haemophilus 320-0

(4) *Exanthemata* : meningococcique 030, rubéole 0320, meningocoquel tuberculeuse 013.0 - toutes les autres rubriques sauf a Haemophilus 320.0.

(5) All categories except Measles 055, Poliomyelitis 045, Rubella 056, Yellow Fever 060. - toutes les rubriques sauf rougeole 055, poliomyélite 045, rubéole 056, fièvre jaune 060.
 (6) Excludes Typhoid 002.0 and Paratyphoid 002.1 to 002.9. - Sauf typhoïde 002.0 et paratyphoïde 002.1 à 002.9.

(3) Excludes typhoid 002.0 and paratyphoid 002.1 to 002.9. ~~sauf typhoïde 002.0 et paratyphoïde 002.1 à 002.9.~~

NOTE: Cumulative totals for both years correspond to the same period of time.

NOTA: Les totaux cumulatifs pour les deux années sont comparatifs à la même période de temps.

SIGNES CONVENTIONNELS:

- . Not reportable . à déclaration non obligatoire
 - .. Not available .. Non disponible.
 - No cases reported - Aucun cas déclaré.

SOURCE:

Vital Statistics and Health Status,
Health Division,
Statistics Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0T6
telephone (613) 991-1769

Statistique de l'état civil et de la santé,
Division de la santé,
Statistique Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0T6
téléphone (613) 991-1769

This Table has been produced by the use of CANSIM.
Ce tableau à été produit avec le concours de CANSIM.

United States: As of 17 November 1986, a total of 27 773 (provisional data) AIDS cases (27 390 adults/adolescents and 383 children under age 13) had been reported to CDC. Fifteen thousand five hundred and ninety-seven or 56% of these have died. Distribution of the adult cases by transmission category is as follows: homosexual/bisexual male, 17 975; I.V. drug abuser, 4643; homosexual male/I.V. drug abuser, 2159; hemophilia/coagulation disorder, 240; heterosexual cases, 1033; transfusion, blood/components, 497; none of the preceding, 843. For the pediatric cases, 21 belonged to the hemophilia/coagulation disorder group; 304 had a parent with/at risk of AIDS; 48, transfusion, blood/components; and 10 belonged to none of the preceding groups. The primary disease reported in 17 767 of all the cases was *Pneumocystis carinii* pneumonia, other opportunistic diseases in 6122, and Kaposi's sarcoma in 3884. As of 15 September 1986, the number of cases in the US is doubling every 13 months.

Europe: Between 31 March and 30 June 1986, 499 (provisional data) new cases of AIDS had been reported to the WHO Collaborating Centre, bringing the overall total to 3041. The highest rates per million population (based on 1985 population estimates) have occurred in Switzerland (21.2), Denmark (18.2), and France (15.6). Fifteen hundred and eighty-nine of the 3041 cases have died, giving a case-fatality rate of 52.3%. Current figures indicate that most of the 27 countries now reporting to WHO are facing an epidemic.

Males have accounted for 2759 (91%) of the total cases, and 71% of these have been homosexual or bisexual. Of the 93 pediatric cases reported, 62 (67%) had a mother either with AIDS or at risk for it, and 27 were infected by transfusion of blood or blood products. The percentage of cases among intravenous drug abusers continues to show a marked increase.

SOURCE: National AIDS Centre, LCDC, Ottawa, Ontario; AIDS Weekly Surveillance Report, CDC, Atlanta, Georgia; WHO Collaborating Centre on AIDS, Report No 10, Geneva, Switzerland.

International Notes

IMPORTED POLIO - IMPLICATIONS FOR TRAVELLERS TO THIRD WORLD COUNTRIES

Polio type 1 was diagnosed this year in a 29-year-old woman from Auburn, California who had been in Nepal and Burma before her onset of illness on 10 May. Specifically, she worked in Nepal from January through 2 May 1986; on 14-24 April she was on a raft trip in the same country; from 3-9 May she was in Burma. On 10 May she travelled to Bangkok, Thailand where she had onset of fever (38.9°C), malaise, restlessness, and a general feeling of weakness lasting 1 day. She was well until 16 May when she again had fever (39.1°C), headache, and low back pain. The next day she had onset of weakness in her legs, more severe on the right, decreased urinary urgency, and constipation.

By 19 May she could not walk and was hospitalized in Thailand. No sensory, cranial nerve, or central nervous system abnormalities were noted. On 6 June she was flown back to the U.S. and to her parents' home in Auburn, still confined to a wheelchair, though the constipation and decreased urinary urgency had disappeared. On 11 June, her right lower extremity was entirely flaccid except for some minimal strength in the glutei. There was moderate weakness and loss of tone in the left lower extremity in the glutei, quadriceps, and peroneal and calf muscles. By late July, over 60 days after weakness onset, the left leg appeared to have recovered completely and strength of muscles above the knee in the right leg was greatly improved. However, paralysis of muscles persisted below the right knee.

États-Unis: En date du 17 novembre 1986, les CDC avaient reçu en tout 27 773 (données provisoires) déclarations de cas de SIDA (27 390 adultes/adolescents et 383 enfants de moins de 13 ans). Au total, 15 597 (soit 56%) des sujets visés sont morts. La répartition des cas adultes selon la catégorie de transmission est la suivante: homme homosexuel/bisexual, 17 975; toxicomane (i.v.), 4643; homme homosexuel/toxicomane qui se pique, 2159; hémophilie/trouble de coagulation, 240; cas hétérosexuels, 1033; transfusion - sang/dérivés, 497; autre, 843. Quant aux cas pédiatriques, ils concernaient les catégories suivantes: hémophilie/trouble de coagulation, 21; parent atteint de SIDA ou à risque à l'égard du syndrome, 304; transfusion - sang/dérivés, 48; aucun des groupes mentionnés, 10. L'atteinte initiale signalée dans 17 767 des cas était une pneumonie à *Pneumocystis carinii*; d'autres infections opportunistes, dans 6122 cas; et le sarcome de Kaposi, dans 3884 cas. D'après les données en main au 15 septembre 1986, le nombre des cas double tous les 13 mois aux É-U.

Europe: Du 31 mars au 30 juin 1986, le Centre collaborateur OMS a reçu 499 (données provisoires) nouvelles déclarations de cas de SIDA, ce qui porte le grand total à 3041 cas. Les taux les plus élevés par million d'habitants (d'après les estimations démographiques de 1985) ont été enregistrés en Suisse (21,2), au Danemark (18,2) et en France (15,6). Sur les 3041 cas, on a recensé 1589 décès, soit un taux de létalité de 52,3%. Les chiffres actuels révèlent que la plupart des 27 pays qui déclarent des cas à l'OMS font face à une épidémie.

Au total, 2759 (91%) cas concernaient des hommes dont 71% étaient homosexuels ou bisexuels. Parmi les 93 enfants dont le cas a été signalé, 62 (67%) avaient une mère atteinte de SIDA ou à risque à l'égard du syndrome; et 27 avaient été infectés par transfusion de sang ou de dérivés sanguins. Le pourcentage des cas chez des toxicomanes qui se piquent grimpe toujours de façon marquée.

SOURCE: Centre national sur le SIDA, LLCM, Ottawa (Ontario); AIDS Weekly Surveillance Report, CDC, Atlanta (Géorgie); Centre collaborateur OMS sur le SIDA, rapport n° 10, Genève, Suisse.

Notes internationales

POLIO IMPORTÉE: CONSÉQUENCES POUR LES VOYAGEURS À DESTINATION DU TIERS MONDE

Cette année, la polio de type 1 a été diagnostiquée chez une habitante de Auburn (Californie), âgée de 29 ans, ayant séjourné au Népal et en Birmanie avant l'installation de la maladie le 10 mai. Le cas est le suivant: la femme en question travaille au Népal du début janvier au 2 mai 1986; du 14 au 24 avril, toujours au Népal, elle fait un voyage en radeau; puis se rend en Birmanie du 3 au 9 mai. Le 10 mai, elle arrive à Bangkok (Thaïlande) où elle est prise de fièvre (38,9°C), de malaise, d'agitation, et d'une sensation généralisée de faiblesse pendant une journée. Après quelques jours de répit, elle présente de nouveau des symptômes le 16 mai: fièvre (39,1°C), céphalée, et lombalgie; puis le lendemain: faiblesse des jambes, plus marquée du côté droit, ainsi que rétention d'urine et constipation.

Le 19 mai, incapable de marcher, elle est hospitalisée en Thaïlande. Rien d'anormal n'est observé au niveau des nerfs sensitifs, des nerfs crâniens et du système nerveux central. Le 6 juin, elle est transportée aux États-Unis en avion, puis chez ses parents à Auburn; elle est toujours confinée à son fauteuil roulant, mais la constipation et la rétention d'urine sont résolues. Le 11 juin, la flaccidité s'installe dans le membre inférieur droit, seuls les muscles fessiers démontrant encore une force minimale. On note une certaine faiblesse et une perte modérée du tonus musculaire dans le membre inférieur gauche, au niveau des muscles fessiers, quadriceps et péroneurs, ainsi que du mollet. À la fin de juillet, soit plus de 60 jours après l'installation de la faiblesse, la jambe gauche semble tout à fait remise et les muscles au-dessus du genou droit ont repris beaucoup de force. La paralysie musculaire persiste toutefois sous le genou droit.

Laboratory results included the following: CSF obtained during the acute illness in Thailand - 90 WBCs with 93% monos and 7% polys (it is not known whether CSF protein was evaluated). Type 1 poliovirus was isolated and later characterized as wild virus by the Centers for Disease Control from a stool specimen collected on 22 June. Serum obtained 27 June and tested for polio CF antibodies revealed type 1-1:16, and types 2 and 3- $<1:8$. Electromyogram and nerve conduction velocity studies on 26 June (when she was recovering clinically) showed widespread denervation changes in the muscles below the right knee. Immunocompetence testing, including IgM and IgG quantitation as well as quantitative immunoelectrophoresis, was normal in a blood specimen obtained on 27 June.

This patient's mother recalls that her daughter had received 3 Salk vaccine shots in the late 1950s and 1 "sugar cube" (Sabin vaccine) at a mass public clinic in Long Beach, California in the early 1960s but has no records. The patient took no polio vaccine doses before travel to Nepal and recalls no outbreak of paralytic illness or exposure to recently immunized persons during her travel in Nepal and Burma.

Comment: Travellers to developing countries should be considered at risk of exposure to wild polio virus. Even persons who have previously received a primary series may need a "booster" of polio vaccine before travelling to such areas. For adults who previously completed a series of OPV, another dose of OPV should be given. (The need for further supplementary doses of OPV has not been established.) For adults who previously completed a primary series of IPV, a dose of either IPV or OPV may be given. If IPV is used, additional doses may be given every 5 years if the person remains at increased risk (but the need for these additional doses has not been established).

SOURCE: California Morbidity Weekly Report, No 32, 1986.

DENGUE FEVER IN THE AMERICAS

In late April 1986, the Brazilian Ministry of Health reported an epidemic of dengue-type 1 in the Rio de Janeiro area. Other countries in the region where epidemics of dengue have occurred in the past year include Aruba (Netherlands Antilles), Colombia, Nicaragua, and Mexico. Transmission has continued to increase throughout the Americas to include the Dominican Republic and Puerto Rico. Travellers should be advised to employ chemical and physical barriers to reduce mosquito contact.

SOURCE: Centers for Disease Control, Advisory Memorandum No 89 (18 June 1986) and Summary of Health Information for International Travel for the Week Ending 7 November 1986.

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.

Editor: Dr. S.E. Acres (613) 957-1339
Managing Editor: Eleanor Paulson (613) 957-1788
Circulation: Elizabeth Beckett (613) 957-0841
Bureau of Communicable Disease Epidemiology
Laboratory Centre for Disease Control
Tunney's Pasture
OTTAWA, Ontario
Canada K1A 0L2

Parmi les résultats des analyses, notons: prélèvement de LCR de phase aiguë pratiqué en Thaïlande - numération leucocytaire: 90 avec 93% de monocytes et 7% de polynucléaires (on ignore si la protéinorachie a été calculée); isolement du poliovirus de type 1 à partir d'un échantillon de selles prélevé le 22 juin - la caractérisation pratiquée par la suite aux Centers for Disease Control détermine qu'il s'agit d'une souche sauvage; analyse de serum prélevé le 27 juin à des fins de détection des anti-poliovirus fixateurs du complément: titre des anticorps anti-type 1, 1:16 et anti-types 2 et 3, $<1:8$; 26 juin (la malade se remet sur le plan clinique), électromyographie et étude de la vitesse de conduction nerveuse - détection d'atteintes neurologiques diffuses aux muscles, sous le genou droit; analyse d'un prélèvement sanguin du 27 juin à des fins de détermination de l'immunocompétence, y compris dosage des IgM et des IgG ainsi qu'immuno-électrophorèse quantitative - rien d'anormal n'est révélé.

La mère de la malade se souvient que sa fille a reçu 3 injections du vaccin Salk à la fin des années 50 et 1 "morceau de sucre" (vaccin Sabin) dans une clinique de vaccination de masse à Long Beach (Californie) au début des années 60, mais n'a aucun relevé à ce sujet. La malade n'a reçu aucune dose de vaccin anti-polio avant de partir au Népal et n'a aucun souvenir de poussée de maladie paralytique ou d'exposition à des immunisés récents au cours de son voyage au Népal et en Birmanie.

Commentaires: Les voyageurs à destination de pays en voie de développement doivent être considérés comme présentant un risque à l'égard d'une exposition à des poliovirus sauvages. Même des sujets ayant déjà fait l'objet d'une primo-vaccination peuvent avoir besoin d'un "rappel" de vaccin antipoliomyélitique avant de se rendre dans de telles régions. Les adultes ayant déjà reçu une primo-vaccination complète de VPTO doivent en recevoir une autre dose. (La nécessité d'autres doses supplémentaires n'a pas été établie.) Aux adultes ayant déjà reçu une primo-vaccination complète de VPTI, on doit administrer une dose de VPTI ou de VPTO. Si l'on opte pour le VPTI, des doses supplémentaires peuvent être administrées tous les 5 ans si le sujet présente toujours un risque accru (mais la nécessité de ces doses supplémentaires n'a pas été déterminée.)

SOURCE: California Morbidity Weekly Report, no 32, 1986.

LA DENGUE EN AMÉRIQUE

À la fin d'avril 1986, le ministère de la Santé du Brésil signalant une épidémie de dengue de type 1 dans le secteur de Rio de Janeiro. D'autres pays de la région ont connu des épidémies de dengue depuis un an, à savoir: Aruba (Antilles néerlandaises), Colombie, Nicaragua et Mexique. La transmission continue d'augmenter dans toute l'Amérique et touche la république Dominicaine et Porto Rico. On doit conseiller aux voyageurs de se préserver des moustiques par des moyens chimiques et physiques.

SOURCE: Centers for Disease Control, Advisory Memorandum, no 89 (18 juin 1986) et Summary of Health Information for International Travel pour la semaine se terminant le 7 novembre 1986.

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.

Rédacteur en chef: Dr S.E. Acres (613) 957-1339
Rédacteur administratif: Eleanor Paulson (613) 957-1788
Distribution: Elizabeth Beckett (613) 957-0841
Bureau d'épidémiologie des maladies transmissibles
Laboratoire de lutte contre la maladie
Parc Tunney
Ottawa (Ontario)
Canada K1A 0L2