

CA 1.1588



Canada Diseases Weekly Report

ISSN 0382-232X

Rapport hebdomadaire des maladies au Canada

SEP 19 1988

Vol. 14-36

Date of publication: September 10, 1988

Date de publication: 10 septembre 1988

CONTAINED IN THIS ISSUE:

Japanese Encephalitis Vaccination, with Reference to Travellers to Seoul, Korea	161
Severe Malaria in France, 1986-1987	162
Dengue in the Americas, 1986	163
Internationally Quarantinable Diseases	164

CONTENU DU PRÉSENT NUMÉRO:

Vaccination contre l'encéphalite japonaise - Voyageurs à destination de Séoul, Corée	161
Cas graves de paludisme, France, 1986-1987	162
La dengue dans les Amériques, 1986	163
Maladies quarantaines internationales	164

**JAPANESE ENCEPHALITIS VACCINATION,
WITH REFERENCE TO TRAVELLERS TO SEOUL, KOREA**

Many queries have been received regarding the recommended practice for vaccination against Japanese encephalitis (JE), particularly with reference to those planning to travel to the 1988 Summer Olympics to be held in Seoul, Korea, from 17 September to 2 October.

JE is caused by a mosquito-borne flavavirus and occurs throughout most of east Asia from India east to Korea and Japan. It occurs in epidemics in temperate areas including Korea in late summer and early autumn, and sporadically throughout the year in tropical areas of Southeast Asia including Thailand. It is transmitted by *Culex* mosquitoes, which bite most actively around sunset. There is no specific treatment. The case-fatality rate in Korea among clinical cases has ranged from 20-40%, but it was estimated in Thailand that the ratio of inapparent to clinical infections was 300:1(1).

The risk of acquisition of JE to civilian travellers to endemic areas is very low. One case has been reported in the United Kingdom(2), and 4 confirmed (plus 1 suspected) cases have been documented among Americans since 1981, all of whom were residents in endemic areas for extended periods (Dr. R. Craven, Centers for Disease Control, Atlanta, Ge: personal communication, 1988). Formalin-inactivated vaccine has been used in Korea during the last decade(3), and no infections have been acquired in Seoul since 1983, although sporadic cases continue to be reported from rural Korea (Dr. R. Craven, Centers for Disease Control, Atlanta, Ge: personal communication, 1988).

The most widely used vaccine to JE has been a formalin-inactivated mouse-brain preparation produced by the Research Foundation for Microbial Diseases (BIKEN) of Osaka, Japan. This vaccine is not licensed in Canada, but can be made available through arrangements with the Bureau of Biologics, Drugs Directorate, Health Protection Branch, Health and Welfare Canada, by contacting Mrs. D.E. Krepps at (613) 957-0363. Millions of doses have been administered in Japan during the last 25 years. The seroconversion rate has been 90-100% after 2 doses and the protective efficacy is estimated at 80%. The observed vaccine side effects with active surveillance have included systemic reactions with fever (<1%) and allergic reactions (<0.02%), with no neurologic reactions or deaths(4). The recommended dosage is at least 2 subcutaneous injections of 1.0 mL each (0.5 mL for children under 3 years) 7-10 days apart; a third equal dose, 3-4 weeks after the first, results in a higher seroconversion rate(5). There are no absolute contraindications to the vaccine.

Second Class Mail Registration No. 5670

**VACCINATION CONTRE L'ENCÉPHALITE JAPONAISE -
VOYAGEURS À DESTINATION DE SÉOUL, CORÉE**

De nombreuses demandes de renseignements ont été reçues au sujet des recommandations relatives à la vaccination contre l'encéphalite japonaise (EJ), plus particulièrement en ce qui concerne les personnes prévoyant se rendre à Séoul (Corée) pour les Jeux olympiques d'été de 1988 qui se dérouleront du 17 septembre au 2 octobre.

Causée par un flavavirus transmis par des moustiques, l'EJ sévit dans la majeure partie de la région orientale de l'Asie, soit de l'est de l'Inde à la Corée et au Japon. Dans des régions tempérées, notamment en Corée, elle provoque des épidémies à la fin de l'été et au début de l'automne, et dans des régions tropicales du Sud-Est asiatique, notamment en Thaïlande, des cas sporadiques tout au long de l'année. Elle se transmet par des moustiques du genre *Culex*, qui piquent principalement au coucher du soleil. Il n'existe aucun traitement spécifique contre l'EJ. Pour les cas cliniques recensés en Corée, le taux de létalité a été de 20 à 40%, mais on a estimé que le rapport des infections silencieuses aux infections manifestes était de 300:1 en Thaïlande(1).

Pour les civils se rendant dans des régions endémiques, le risque de contracter une EJ est très faible. Un cas a été signalé au Royaume-Uni(2) et 4 cas confirmés (plus 1 cas suspect) ont été documentés chez des Américains depuis 1981; les sujets visés faisaient tous un séjour prolongé dans des régions d'endémie (Dr R. Craven, *Centers for Disease Control, Atlanta, Géorgie*: communication personnelle, 1988). Le vaccin inactivé par le formol a été utilisé en Corée au cours de la dernière décennie(3), et aucune infection n'a été contractée à Séoul depuis 1983, même si des cas sporadiques continuent à être recensés dans des zones rurales de Corée (Dr R. Craven, *Centers for Disease Control, Atlanta, Géorgie*: communication personnelle, 1988).

Le vaccin le plus utilisé est produit au Japon par la Research Foundation for Microbial Diseases (BIKEN) d'Osaka; il s'agit d'une préparation de cerveau de souris, inactivée par le formol. Ce vaccin n'est pas autorisé au Canada, mais il est possible de l'obtenir en s'adressant à Madame D.E. Krepps (613) 957-0363, Bureau des produits biologiques, Direction des médicaments, Direction générale de la protection de la santé, Santé et Bien-être social Canada. Depuis 25 ans, des millions de doses ont été administrées au Japon. Le taux de séroconversion a été de 90 à 100% après 2 doses, et l'efficacité de la protection conférée est estimée à 80%. Les effets secondaires observés dans le cadre d'une surveillance active comprennent des réactions systémiques accompagnées de fièvre (<1%) et des réactions allergiques (<0,02%), sans effets neurologiques ni décès(4). On recommande au moins 2 injections sous-cutanées de 1,0 mL chacune (0,5 mL pour les moins de 3 ans), à un intervalle de 7 à 10 jours; l'administration d'une troisième dose identique 3 à 4 semaines après la première entraîne un taux plus élevé de séroconversion(5). Il n'y a aucune contre-indication absolue au vaccin.

Courrier de la deuxième classe - Enregistrement N° 5670



Although one study recommended vaccination of all visitors to temperate endemic areas during the summer months⁽⁴⁾, authorities in the United States⁽⁵⁾, Australia⁽⁶⁾, and Switzerland⁽⁷⁾ recommend the vaccine only for those travelling for more than 2-3 weeks in rural areas of endemic countries. Canadian travellers are advised to follow these latter recommendations, i.e., JE vaccine is not recommended for those going to Seoul only, but 2 or preferably 3 doses are recommended for those who will spend more than 3 weeks at risk in endemic areas, including rural areas of Korea, Southeast Asia, China or in the city of Beijing, China (where sporadic cases also occur). Emphasis must also be placed on means to prevent mosquito bites, which also should play an increasingly important role in the prevention of malaria⁽⁸⁾, another important consideration for travellers to rural China and Southeast Asia.

References:

1. Japanese encephalitis surveillance. WHO Wkly Epidemiol Rec 1980;55:52-3.
2. Rose MR et al. A case of Japanese B encephalitis imported into the United Kingdom. J Infect 1983; 6:261-5.
3. Japanese encephalitis surveillance: Report of a WHO working group. WHO Wkly Epidemiol Rec 1984; 59:21-2.
4. Denning DW, Kaneko Y. Should travellers to Asia be vaccinated against Japanese encephalitis? Lancet 1987; 1:853-4.
5. Japanese encephalitis with specific reference to the low risk for travelers to the 1988 Olympics to be held in Korea. Centers for Disease Control Advisory Memorandum No 93, Jan 7, 1988.
6. Japanese encephalitis (JE) vaccine - now available. Comm Dis Intel (Australia) 1987; 87/15:20-1.
7. Steffen R. Vaccinating against Japanese encephalitis. Lancet 1987; 2:511.
8. Yechouron A et al. The changing pattern of imported malaria. CDWR 1988; 14:133-6.

SOURCE: RC Witter, MD, Chief, Global Health and Quarantine, LCDC, Ottawa.

International Notes

SEVERE MALARIA IN FRANCE, 1986-1987

A retrospective case analysis was done on cases of malaria in France during the 18-month period January, 1986-July, 1987. The 47/61 respondent regional and teaching hospitals reported a total of 67 cases of severe or complicated *Plasmodium falciparum* malaria, of whom 21 (31%) died of their disease. Of these 67, 87% had acquired their infection in African zones of moderate to widespread chloroquine resistance, particularly in central Africa. Twenty-nine per cent of those with fatal outcomes had taken prophylactic chloroquine at the recommended dose, versus 55% of those with non-fatal outcomes. A comparison was made of *in vitro* drug sensitivity between blood parasites from 33 of the severe or complicated cases versus 216 cases of non-severe malaria (unstated how many of these were due to *P. falciparum*). The former demonstrated significantly greater drug resistance, not only to chloroquine (28/33 samples), but to quinine (13/28) and mefloquine (4/22) as well.

SOURCE: Extracted from Bulletin épidémiologique hebdomadaire, République française, No. 20, 1988.

Bien qu'une étude ait recommandé la vaccination de tous les visiteurs se rendant dans des régions endémiques tempérées pendant les mois d'été⁽⁴⁾, les autorités américaines⁽⁵⁾, australiennes⁽⁶⁾ et suisses⁽⁷⁾ ne recommandent le vaccin que pour les voyageurs qui séjournent plus de 2 à 3 semaines dans des zones rurales de pays où la maladie est endémique. Il est conseillé aux voyageurs canadiens de suivre ces dernières recommandations; c'est-à-dire que le vaccin anti-EJ n'est pas recommandé pour les personnes qui se rendent exclusivement à Séoul, mais que 2 ou 3 doses devraient être administrées aux sujets qui séjournent plus de 3 semaines dans une région d'endémie, notamment dans des zones rurales de Corée, du Sud-Est asiatique et de Chine, ainsi qu'à Beijing (Chine) où des cas sporadiques surviennent encore. Pour les régions d'endémie, on doit aussi souligner l'importance des moyens de prévenir les piqûres de moustique. Ces mesures devraient également jouer un rôle de plus en plus grand dans la prévention du paludisme⁽⁸⁾, maladie qui présente un intérêt particulier pour les voyageurs se rendant dans des zones rurales de Chine et du Sud-Est asiatique.

Références:

1. Surveillance de l'encéphalite japonaise. Relevé épidém hebd OMS 1980; 55:52-3.
2. Rose MR et coll. A case of Japanese B encephalitis imported into the United Kingdom. J Infect 1983; 6:261-5.
3. Surveillance de l'encéphalite japonaise: Rapport d'un groupe de travail de l'OMS. Relevé épidém hebd OMS 1984; 59:21-2.
4. Denning DW, Kaneko Y. Should travellers to Asia be vaccinated against Japanese encephalitis? Lancet 1987; 1:853-4.
5. Japanese encephalitis with specific reference to the low risk for travelers to the 1988 Olympics to be held in Korea. Centers for Disease Control Advisory Memorandum no 93, 7 janvier 1988.
6. Japanese encephalitis (JE) vaccine - now available. Comm Dis Intel (Australie) 1987; 87/15:20-1.
7. Steffen R. Vaccinating against Japanese encephalitis. Lancet 1987; 2:511.
8. Yechouron A et coll. Évolution du paludisme importé. RHMC 1988; 14:133-6.

SOURCE: Dr RC Witter, Santé globale et Quarantaine, LLMC, Ottawa.

Notes internationales

CAS GRAVES DE PALUDISME, FRANCE, 1986-1987

Les cas de paludisme recensés en France pendant les 18 mois allant de janvier 1986 à juillet 1987 ont fait l'objet d'une analyse rétrospective. Sur les 61 centres hospitaliers régionaux et universitaires contactés, les 47 qui ont répondu ont signalé au total 67 cas d'accès graves ou de complications de paludisme à *Plasmodium falciparum*, parmi lesquels 21 (31%) se sont soldés par un décès. Dans 87% de ces 67 cas, l'infection a été contractée en Afrique, en zone de chloroquinorésistance forte ou modérée, et plus particulièrement en Afrique centrale. Parmi les cas dont l'issue a été fatale, 29% des sujets avaient suivi la chimoprophylaxie recommandée de chloroquine, la proportion étant de 55% chez les cas non mortels. Une étude *in vitro* a été effectuée pour comparer la chimiosensibilité des parasites du sang provenant de 33 des cas d'accès graves ou de complications et de 216 cas d'accès simples (on ne précise pas combien de ces cas étaient dus à *P. falciparum*). Le premier groupe a démontré une chimiorésistance beaucoup plus élevée, non seulement à la chloroquine (28/33 des échantillons), mais aussi à la quinine (13/28) et à la méfloquine (4/22).

SOURCE: Tiré de Bulletin épidémiologique hebdomadaire, République française, no 20, 1988.

DENGUE IN THE AMERICAS, 1986

Dengue activity in the Americas was higher in 1986 than in previous years. A total of 88 750 cases was reported compared to 68 998 cases in 1985, and 43 435 in 1984. Because of underreporting in many countries, the 1986 figure is probably underestimated. However, it does appear from the number of cases reported that Brazil, Mexico and Puerto Rico had the highest levels of dengue transmission in 1986.

As in previous years, 3 virus serotypes (DEN-1, DEN-2 and DEN-4) circulated in the Region. DEN-2 had the most widespread distribution but was responsible only for small outbreaks in French Guiana, Suriname, and the United States Virgin Islands. DEN-1 and DEN-4 were again responsible for the major epidemics in which the virus serotypes were known. Four countries/territories (the Dominican Republic, Mexico, Puerto Rico, and Venezuela) had 3 virus serotypes circulating simultaneously in 1986.

The large epidemic in Brazil in 1986 was caused by DEN-1. Seroepidemiological studies carried out in 2 cities in the Rio de Janeiro area indicated that 216 480 dengue infections occurred between March and the end of May. Brazilian health authorities estimated the total number of dengue infections in 1986 at 300 000-500 000.

Puerto Rico had a larger number of cases of dengue hemorrhagic fever (DHF) during the 1986 epidemic than at any other time in the past. Peak transmission occurred during the period September-October, and most of the cases occurred in the San Juan metropolitan area. Officials received reports of 10 659 cases of dengue, but seroepidemiological studies indicated that between 377 000 and 555 000 dengue infections had occurred in 1986.

Complete details of the outbreaks in Colombia are not available and no information was received from Belize and Guatemala. Low-level transmission was reported in El Salvador, Honduras, and Nicaragua. Likewise, the Dominican Republic, Haiti, Jamaica, the Lesser Antilles, and Venezuela reported little or no transmission. The lack of information is misleading, however, because dengue transmission was documented in many of the countries that did not report cases.

Clinically, most of the illness reported in the Americas in 1986 was still of the classical type. However, DHF was more widespread in 1986, and the trend of yearly increases in sporadically occurring cases of severe hemorrhagic disease has continued.

The epidemiology of dengue in the Americas is changing. Current surveillance and epidemiological data suggest that the disease pattern associated with dengue infection in the Americas is evolving in a manner similar to the pattern that developed in Southeast Asia in the 1960s, when DHF was first recognized.

A second factor involved in the changing epidemiology of DHF in the Americas is the recent introduction of *Aedes albopictus* into the Region. This species has now spread to 17 states in the continental United States and to 3 states in Brazil. Infestations in other countries of the Americas have not yet been documented, although individual specimens of *Ae. albopictus* were identified in imported truck tires in Barbados. The presence of this mosquito species makes the epidemiology of dengue and DHF in the American Region similar to that in Southeast Asia.

SOURCE: WHO Weekly Epidemiological Record, Vol 63, No 31, 1988.

LA DENGUE DANS LES AMÉRIQUES, 1986

L'activité de la dengue dans les Amériques a été plus intense en 1986 qu'au cours des années précédentes. On a notifié un total de 88 750 cas, alors que 68 998 cas avaient été rapportés en 1985 et 43 435 en 1984. En raison de la sous-notification des cas dans de nombreux pays, le chiffre de 1986 est probablement sous-estimé. D'après le nombre de cas signalés, il semble toutefois que le Brésil, le Mexique et Porto Rico aient présenté les degrés les plus élevés de transmission de la dengue en 1986.

Comme dans les années précédentes, 3 sérotypes vitaux (DEN-1, DEN-2 et DEN-4) ont circulé dans la Région, le virus DEN-2 ayant la répartition la plus vaste, mais n'étant responsable que de petites poussées en Guyane française, au Suriname et aux îles Vierges américaines. Les virus DEN-1 et DEN-4 ont de nouveau été responsables des principales épidémies pour lesquelles les sérotypes vitaux étaient connus. Les 3 sérotypes ont circulé simultanément en 1986 dans 4 pays/territoires (le Mexique, Porto Rico, la République dominicaine et le Venezuela).

Au Brésil, la grande épidémie de 1986 a été causée par le virus DEN-1. Les études séro-épidémiologiques effectuées dans 2 villes de la région de Rio de Janeiro ont indiqué que 216 480 cas de dengue sont apparus entre mars et la fin du mois de mai. Les autorités sanitaires brésiliennes ont estimé qu'en 1986 le nombre total d'infections dues à la dengue s'était situé entre 300 000 et 500 000 cas.

Le nombre de cas de dengue hémorragique relevé à Porto Rico au cours de l'épidémie de 1986 a été le plus élevé qui ait jamais été enregistré. Le pic de la transmission s'est situé au cours de la période septembre-octobre et la plupart des cas sont apparus dans la ceinture urbaine de San Juan; 10 659 cas de dengue ont été rapportés, mais les études séro-épidémiologiques indiquent qu'il y a eu entre 377 000 et 555 000 cas au cours de l'année 1986.

On ne dispose pas de tous les détails concernant les poussées qui ont eu lieu en Colombie, et aucune information n'a été reçue sur le Belize et le Guatemala. On a rapporté un faible degré de transmission en El Salvador, au Honduras et au Nicaragua. De la même façon, les petites Antilles, Haïti, la Jamaïque, la République dominicaine et le Venezuela signalent une transmission faible ou nulle. Toutefois, ce manque d'information peut induire en erreur car on a rapporté une transmission de la dengue dans nombre de pays qui n'avaient notifié aucun cas.

Cliniquement, la plupart des cas rapportés dans les Amériques en 1986 étaient de type classique. Toutefois, la dengue hémorragique a été plus répandue en 1986 et la tendance à l'augmentation annuelle du nombre de cas sporadiques de dengue hémorragique grave s'est poursuivie.

L'épidémiologie de la dengue dans les Amériques est en train de changer. Les données actuelles de la surveillance et de l'épidémiologie laissent à penser que les caractéristiques de la maladie associées à la dengue dans les Amériques sont en train d'évoluer de la même manière qu'en Asie du Sud-Est dans les années 60, lorsqu'on a identifié la dengue hémorragique pour la première fois.

Un second facteur qui intervient dans les Amériques est l'introduction récente d'*Aedes albopictus* dans la Région. Cette espèce s'est maintenant répandue dans 17 des États continentaux des États-Unis d'Amérique et dans 3 États du Brésil. On n'a pas rapporté de cas d'infestation dans les autres pays des Amériques, mais on a identifié des spécimens d'*Ae. albopictus* dans des pneus de camion importés à la Barbade. La présence de cette espèce de moustiques assimile l'épidémiologie de la dengue et de la dengue hémorragique dans la Région des Amériques à celle de l'Asie du Sud-Est.

SOURCE: Relevé épidémiologique hebdomadaire de l'OMS, Vol 63, no 31, 1988.

*** STATISTICS CANADA - STATISTIQUE CANADA ***

Notifiable Diseases Summary - Sommaire des maladies à déclaration obligatoire

New Cases Reported for the Four Week Period Ending June 4, 1988.
Nouveaux cas déclarés pour la période de quatre semaines se terminant le 4 juin 1988.

No. Disease No Maladie	ICD-9 CTM-9	Canada			Newfoundland			Prince Edward Island			Nova Scotia			New Brunswick			Québec		
					Terre-Neuve			Île-du-Prince Édouard			Nouvelle-Écosse			Nouveau-Brunswick					
		Cur. Cou.	Cum. 88	Cum. 87	Cur. Cou.	Cum. 88	Cum. 87	Cur. Cou.	Cum. 88	Cum. 87	Cur. Cou.	Cum. 88	Cum. 87	Cur. Cou.	Cum. 88	Cum. 87	Cur. Cou.	Cum. 88	Cum. 87
1. AIDS - SIDA		39	353	229	-	1	-	-	1	-	-	9	6	-	-	-	115	50	
2. Amoebiasis - Amibiase	005	129	778	833	-	-	3	-	-	-	2	8	12	-	9	13	8	39	38
3. Botulism - Botulisme	005.1	-	-	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4. Brucellosis - Brucellose	023	-	5	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5. Campylobacteriosis - Campylobactériose		616	3246	3096	10	43	34	6	30	23	17	91	62	3	61	27	56	226	75
6. Chickenpox - Varicelle	052	4643	23446	26959	77	241	138	-	-	-	137	598	727	10	110	66	-	-	-
7. Cholera - Choléra	001	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
8. Diphtheria - Diphtérie	032	1	12	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
9. Giardiasis - Giardiase	007.1	496	3160	3212	2	14	26	1	8	8	7	48	63	6	42	26	35	192	218
10. Gonococcal Infections - Infections gonococciques (1)	098	1348	8535	13140	6	75	133	-	8	17	32	225	273	10	131	178	134	644	1584
11. Gono Ophth neonat - Oph gono du nouveau-né	098.4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
12. Haemophilus influenzae B - invasive		1	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2	-
13. Hepatitis A	070.0, 070.1	56	248	198	1	3	5	1	1	2	2	6	13	2	3	3	10	57	12
14. Hepatitis B	070.2, 070.3	94	516	445	1	2	-	-	-	-	1	4	-	3	6	28	17	-	-
15. Hepatitis other - Hépatite autres (2)		207	1041	978	-	4	2	2	3	-	12	41	28	-	13	22	66	268	226
16. Legionellosis - Legionellose		6	18	31	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	8	6	-
17. Leprosy - Lépre	030	4	13	17	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	2	4	-	-
18. Malaria - Paludisme	084	10	71	61	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
19. Measles - Rougeole	055	72	315	1521	-	1	-	-	-	-	2	6	37	-	7	377	1	18	35
20. Pneumococcal meningitis - Meningite à pneumocoques (3)	320.1	12	59	53	-	1	2	-	1	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-
21. Other bact. meningitis - Autres méninigite bactérienne (4)		8	45	24	1	4	1	-	1	-	-	2	1	-	2	1	-	-	-
22. Viral meningitis - méninigite virale (5)		4	57	95	2	4	6	-	-	-	-	5	1	-	1	4	-	-	2
23. Meningooccal infections - Infections à méninogocques	036	19	104	129	1	3	2	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-
24. Mumps - Oreillons	072	40	283	329	-	5	1	-	-	-	-	1	4	3	1	2	6	21	17
25. Paratyphoid - Paratyphoïde	002.1-002.9	3	8	13	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-
26. Pertussis - Coqueluche	033	59	348	490	1	8	19	-	1	8	1	6	67	-	2	5	10	33	15
27. Plague - Peste	020	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
28. Poliomyelitis - Poliomylélite	045	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
29. Rabies - Rage	071	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
30. Rubella - Rubéole	056	46	245	681	-	5	222	-	-	-	-	2	4	-	2	5	15	35	48
31. Congenital Rubella - Rubéole congénitale	771.0	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
32. Salmonellosis - Salmonellose (6)	003	821	3456	3611	1	41	32	1	18	26	54	130	87	6	77	73	77	362	373
33. Shigellosis - Shigellose	004	143	830	657	1	2	-	1	1	2	4	11	4	-	2	3	22	86	87
34. Syphilis, Early, Symptomatic - Symptomatique, récent	091	19	131	222	-	1	-	-	-	-	1	3	1	4	4	7	44	66	-
35. Other - Autres	090, 092-097	125	727	856	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	18	85	135	-
36. Tetanus - Tétanos	037	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
37. Trichinosis - Trichinose	124	-	-	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
38. Tuberculosis - Tuberculose	010-018	166	709	654	4	18	8	-	-	-	1	7	27	3	13	16	31	111	106
39. Typhoid - Typhoïde	002.0	5	15	13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	1	-
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, méninogocques 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
- .. à déclaration non obligatoire
- Not available
- .. Non disponible.
- No cases reported
- Aucun cas déclaré.

SOURCE:

Vital Statistics and Disease Registries Section,
Health Division,
Statistics Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0T6
telephone (613) 991-1740

Statistique de l'état civil et
des registres de maladies,
Division de la santé,
Statistique Canada,
Ottawa, Canada, K1A 0T6
téléphone (613) 991-1740

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)
 Four Week Period Ending June 4, 1988 - Période de quatre semaines se terminant le 4 juin 1988

No. Disease No Maladie	ICD-9 CIM-9													British Columbia			Yukon			Northwest Territories								
		Ontario			Manitoba			Saskatchewan			Alberta			Colombie-Britannique			Territoires du Nord-Ouest											
		Cur.	Cum. 88	Cum. 87	Cur.	Cum. 88	Cum. 87	Cur.	Cum. 88	Cum. 87	Cur.	Cum. 88	Cum. 87	Cur.	Cum. 88	Cum. 87	Cur.	Cum. 88	Cum. 87	Cur.	Cum. 88	Cum. 87						
		Cou.			Cou.			Cou.			Cou.			Cou.			Cou.			Cou.								
1. AIDS - SIDA		26	131	99	1	2	4	-	4	6	1	20	7	10	69	57	1	1	-	-	-	-						
2. Amoebiasis - Amibiase	006	55	421	473	-	19	47	4	31	49	13	64	36	47	187	161	-	-	-	-	-	1						
3. Botulism - Botulisme	005.1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-						
4. Brucellosis - Brucellose	023	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	3						
5. Campylobacteriosis - Campylobactériose		319	1858	2159	-	-	-	8	75	95	67	262	147	127	586	467	2	3	4	1	11	3						
6. Chickenpox - Varicelle	052	3447	14655	18765	-	-	-	72	490	967	821	6812	5896	60	336	189	-	1	16	19	203	195						
7. Cholera - Choléra	001	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-						
8. Diphtheria - Diphthérie	032	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	2	-	1	3	-	-	-	-	7	-						
9. Giardiasis - Giardiase	007.1	200	1369	1507	-	33	145	44	292	264	90	564	372	106	576	563	1	8	6	4	14	14						
10. Gonococcal Infections - Infections gonocoïques (1)	098	510	3332	4712	173	894	1367	119	619	760	170	1138	2047	137	1025	1457	8	50	54	49	394	558						
11. Gono Ophth neonat - Oph gono du nouveau-né	098.4	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-						
12. Haemophilus influenzae B - invasive		20	57	73	-	6	7	3	10	11	10	46	42	7	54	21	-	-	2	-	5	7						
13. Hepatitis A -	070.0, 070.1	25	188	139	8	46	88	6	56	72	20	66	59	27	124	66	-	-	1	2	-	-						
14. Hepatitis B -	070.2, 070.3	62	287	316	1	35	28	10	59	90	11	54	58	43	277	207	-	-	1	-	-	-						
15. Hepatitis other - Hépatite autres (2)		2	11	15	-	1	-	-	-	-	5	9	3	13	21	-	-	-	1	1	-	-						
16. Legionellosis - Légionellose		3	9	12	-	9	-	-	-	-	3	7	-	1	2	-	-	-	-	-	-	-						
17. Leprosy - Lèpre	030	2	9	11	2	3	4	-	1	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-						
18. Malaria - Paludisme	084	-	30	23	-	5	-	2	-	3	8	5	3	14	22	-	-	1	-	-	-	-						
19. Measles - Rougeole	055	29	163	433	2	4	18	-	7	68	23	42	491	15	67	62	-	-	-	-	-	-	-					
20. Pneumococcal meningitis - Meningite à pneumocoques (3)	320.1	6	21	22	2	6	7	-	1	5	-	7	4	4	20	12	-	-	1	-	-	-	-					
21. Other bact. meningitis - Autres méninigite bactérienne (4)		3	13	9	-	2	2	2	4	5	2	10	4	-	3	1	-	-	-	-	4	-	-					
22. Viral meningitis - Meningite virale (5)		1	13	41	-	12	15	1	6	9	-	7	8	-	9	9	-	-	-	-	-	-	-					
23. Meningococcal infections - Infections à méningocoques	036	9	44	56	2	4	12	-	6	6	-	10	12	-	8	15	-	-	-	2	3	-	-					
24. Mumps - Oreillons	072	19	135	151	-	2	10	1	18	22	15	59	101	5	45	36	-	-	-	-	-	3	-	-				
25. Paratyphoid - Paratyphiode	002.1-002.9	-	2	3	1	1	1	-	-	-	1	3	8	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-					
26. Pertussis - Coqueluche	033	21	190	310	-	1	15	3	11	4	17	79	26	6	17	21	-	-	-	-	-	-	-	-				
27. Plague - Peste	020	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
28. Poliomyelitis - Poliomylélite	045	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
29. Rabies - Rage	071	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
30. Rubella - Rubéole	056	6	83	154	1	3	4	1	5	19	14	67	178	9	43	46	-	-	-	-	-	-	1	-	-			
31. Congenital Rubella - Rubéole congénitale	771.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
32. Salmonellosis - Salmonellose (6)	003	500	1864	2213	11	77	80	12	87	145	71	337	162	85	436	400	2	3	4	1	14	16	-	-	-			
33. Shigellosis - Shigellose	004	63	343	291	3	22	24	11	52	129	14	138	44	23	163	70	2	10	-	-	-	-	3	-	-			
34. Syphilis, Early, Symptomatic - Symptomatique, récent	091	8	56	79	1	2	5	-	1	2	-	1	28	1	21	35	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
35. Other - Autres	090, 092-097	89	538	627	2	13	13	-	3	2	-	4	12	16	83	67	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
36. Tetanus - Tétanos	037	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	4	-	-		
37. Trichinosis - Trichinose	124	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
38. Tuberculosis - Tuberculose	010-018	47	288	227	10	49	60	6	44	53	27	41	23	33	115	128	-	-	3	4	23	3	-	-	-	-	-	
39. Typhoid - Typhoïde	002.0	2	6	8	-	-	-	-	-	1	-	3	5	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
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, méningocoques 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.

SOURCE:

Vital Statistics and Disease Registries Section,
 Health Division,
 Statistics Canada,
 Ottawa, Canada, K1A 0T6
 telephone (613) 991-1740

Statistique de l'état civil et
 des registres de maladies,
 Division de la santé,
 Statistique Canada,
 Ottawa, Canada, K1A 0T6
 téléphone (613) 991-1740

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

INTERNATIONALLY QUARANTINABLE DISEASES/MALADIES QUARANTENAIRES INTERNATIONALES

**Month of August, for the 5-Week Period Ending 2 September 1988/
Mois d'août, pour la période de 5 semaines se terminant le 2 septembre 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	Angola	Bolivia/Bolivie
Benin/Bénin	Bolivia/Bolivie	Brazil/Brésil
Burkina Faso	Brazil/Brésil	Equador/Équateur
Burundi	Burkina Faso	Madagascar
Cameroon/Cameroun	Colombia/Colombie	Peru/Pérou
Equatorial Guinea/Guinée Équatoriale	Gambia/Gambie	Tanzania/Tanzanie
Ghana	Ghana	Uganda/Ouganda
Guinea/Guinée	Guinea/Guinée	Vietnam Soc. Rep./ République socialiste du Viêt-Nam
India/Inde	Liberia	Zaire/Zaïre
Indonesia/Indonésie	Mali	
Iran	Mauritania/Mauritanie	
Ivory Coast/Côte-d'Ivoire	Nigeria	
Liberia	Peru/Pérou	
Malaysia/Malaisie	Sudan/Soudan	
Mali	Zaire/Zaïre	
Mauritania/Mauritanie		
Nigeria		
Rwanda		
Sierra Leone		
Singapore/Singapour		
Sri Lanka		
Tanzania/Tanzanie		
Thailand/Thaïlande		
Vietnam Soc. Rep./ République socialiste du Viêt-Nam		
Zaire/Zaïre		

Notes: "Infected area", as defined in the International Health Regulations (1969), generally means the presence of one or more indigenous cases in man during the previous 2 weeks (for cholera) or in man or other vertebrates up to 3 months previously (for yellow fever and plague). The on-going cholera epidemic continues in Angola, where there have been 32 573 cases reported during the last 15 months, with a case-fatality rate of 7%. Cholera vaccination should be considered for travellers to Angola and the Sudan./Aux termes de la définition du Règlement sanitaire international (1969), "zone infectée" désigne généralement une zone où l'on a signalé au moins un cas indigène chez l'homme au cours des 2 semaines précédentes (pour le choléra), ou chez l'homme ou d'autres vertébrés pendant une période pouvant couvrir les 3 mois précédents (pour la fièvre jaune et la peste). L'épidémie de choléra qui persiste en Angola a fait 32 573 cas au cours des 15 derniers mois; le taux de létalité est de 7%. La vaccination contre le choléra devrait être envisagée pour les voyageurs à destination de l'Angola et du Soudan.

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

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 œuvrant 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