

CA 11588



Canada Diseases Weekly Report

ISSN 0382-232X

CANADIENNE Rapport hebdomadaire des maladies au Canada

FEB 10 1988

Date of publication: January 30, 1988
 Date de publication: 30 janvier 1988

Vol. 14-4

CONTAINED IN THIS ISSUE:

Chancroid Outbreak - Winnipeg, Manitoba	13
Laboratory Diagnosis of Chancroid	14
AIDS Surveillance - Worldwide	15
Announcement	15
Cumulative Total of Laboratory Confirmations of Influenza in Canada	16

CONTENU DU PRÉSENT NUMÉRO:

Flambée de chancre mou - Winnipeg (Manitoba)	13
Diagnostic en laboratoire du chancre mou	14
Surveillance du SIDA dans le monde	15
Annonce	15
Total cumulatif des confirmations en laboratoires des cas de grippe recensés au Canada	16

CHANCROID OUTBREAK - WINNIPEG, MANITOBA

Chancroid is a genital ulcer disease caused by the organism **Haemophilus ducreyi**. It is relatively rare in North America where herpes simplex virus and **Treponema pallidum** are more common etiologic agents. However, chancroid is prevalent outside North America, and recent reports in Africa have implicated this disease as an important co-factor in the heterosexual transmission of the human immunodeficiency virus (HIV)(1,2).

Since June 1987, the staff of the Infectious Diseases Section of the Health Sciences Centre have seen 14 cases of chancroid among residents of Winnipeg. These individuals had no history of travel to areas where the disease is endemic or of exposure to individuals from these areas. Cases occurred among inner city individuals residing in an area where alcoholism and sexual promiscuity is prevalent. **H. ducreyi** was isolated from 9 cases. Five other cases were diagnosed clinically, based on sexual exposure to an individual with known chancroid and the exclusion of other potential pathogens (i.e., herpes simplex virus and **T. pallidum**). The male-to-female ratio was 1.8:1. All 9 strains of **H. ducreyi** produced β -lactamase. Eight strains have been analyzed for plasmid content, and all contained a common plasmid of 5.7 megadaltons which, in other studies, has been shown to carry the TEM-type β -lactamase(3).

Cases were treated successfully with either trimethoprim-sulfamethoxazole (TMP-SMX) (800 mg/160 mg po bid x 7 days) or ceftriaxone (250 mg IM in a single dose). Active contact tracing with epidemiologic treatment was carried out during October and November and no new cases occurred in the month of December.

It is appropriate to consider chancroid in individuals with genital ulcers, especially if they have been in Winnipeg recently or where chancroid is endemic. The role of genital ulcers in the transmission of HIV in North America is not yet known, but the authors recommend that individuals with chancroid have acute and convalescent serology for HIV antibody.

The choice of treatment for chancroid includes TMP-SMX 800 mg/160 mg po bid x 7 days, erythromycin 500 mg po bid x 7 days or ceftriaxone 250 mg IM in a single dose. The authors favor the use of ceftriaxone in confirmed cases because it is a single dose and presently 100% effective(4), thereby permitting earlier control of an epidemic situation. The danger of using the

FLAMBÉE DE CHANCRE MOU - WINNIPEG (MANITOBA)

Le chancre mou est une atteinte attribuée au bacille **Haemophilus ducreyi** et caractérisée par des ulcérations génitales. C'est une infection relativement rare en Amérique du Nord, où le virus de l'herpès simplex et **Treponema pallidum** sont des agents pathogènes plus communs. Toutefois, le chancre mou est répandu à l'extérieur du continent nord-américain. Selon des rapports reçus récemment d'Afrique, cette infection a été impliquée en tant que co-facteur important dans la transmission hétérosexuelle du virus de l'immunodéficience humaine (VIH)(1,2).

Depuis juin 1987, le personnel de la Section des maladies infectieuses du Centre des sciences de la santé de Winnipeg a vu 14 cas de chancre mou chez des habitants de cette ville. C'est sujets n'avaient pas voyagé dans des régions d'endémie ni été exposés à des personnes provenant de ces régions. Il s'agit de personnes habitant des quartiers du centre-ville où sévissent la promiscuité sexuelle et l'alcoolisme. **H. ducreyi** a été isolé chez 9 cas. Les 5 autres ont été diagnostiqués par observation clinique, sur la foi d'une exposition à un cas reconnu de chancre mou en l'absence d'autres agents pathogènes possibles (par exemple, le virus de l'herpès simplex et **T. pallidum**). Le ratio homme-femme était de 1,8:1. Les 9 souches de **H. ducreyi** ont produit de la β -lactamase. On a analysé le contenu plasmidique de 8 souches; toutes contenaient un plasmide commun de 5,7 mégadaltons, lequel dans d'autres études, aurait porté le β -lactamase de type TEM(3).

Les sujets ont été traités avec succès avec du triméthoprime-sulfaméthoxazole (TMP-SMX) (800 mg/160 mg P.O. b.i.d. x 7 jours) ou de la ceftriaxone (250 mg i/m en une seule dose). On a tenté de retracer les contacts en octobre et novembre afin de les soigner; aucun nouveau cas n'a été enregistré en décembre.

Il y aurait lieu de soupçonner un chancre mou chez des sujets présentant des ulcérations génitales, surtout s'ils sont allés récemment à Winnipeg ou dans un autre endroit où cette maladie est endémique. On ignore pour l'instant le rôle des ulcérations génitales dans la transmission du VIH en Amérique du Nord, mais les auteurs recommandent de pratiquer chez les sujets atteints de chancre mou une analyse sérologique en phases aiguë et de convalescence, à la recherche des anticorps anti-VIH.

Les traitements suivants sont recommandés pour le chancre mou: TMP-SMX - 800 mg/160 mg P.O. b.i.d. x 7 jours; érythromycine - 500 mg P.O. q.i.d. x 7 jours; ou ceftriaxone - 250 mg i/m en dose unique. Les auteurs préconisent l'administration de ceftriaxone dans les cas confirmés car le produit est donné en une seule dose et est présentement efficace à 100%(4), ce qui permet d'enrayer

Second Class Mail Registration No. 5670

Courrier de la deuxième classe - Enregistrement n° 5670

erythromycin or ceftriaxone regimens lies in the inability to diagnose primary syphilis at the patient's first visit. Both are inappropriate or unproven regimens in syphilis and may alter the serologic response which is unaffected by TMP-SMX therapy. Clinical and serologic follow-up of all patients is essential.

The media for isolating *H. ducreyi* is not routinely available and etiologic differentiation of genital ulcer disease on clinical grounds alone is not possible. It is, therefore, prudent to refer suspect cases to centres where the diagnostic tests are available (darkfield, viral isolation and culture for *H. ducreyi*). This seems especially important given the potential role of genital ulcer disease in the transmission of HIV.

References:

1. D'Costa LJ et al: Female-to-male transmission of HIV infection in Nairobi. Presented at the Fifth African Conference on Sexually Transmitted Disease, Harare, Zimbabwe. 1987 June 1.
2. Quinn TC et al. Science 1986; 234:955-963.
3. McNicol PJ, Ronald AR. J Antimicrob Chemother 1984; 14:561-564.
4. Taylor DN et al. J Infect Dis 1985; 152:1002-1006.

SOURCE: PG Jessamine, MD, M Slutckak, MD, G Bennigan, MD, E Sherman, RN, K Berezowski, BN, B Toye, MD, and RC Brunham, MD, Section of Infectious Diseases, Health Sciences Centre, University of Manitoba, and the Division of Sexually Transmitted Disease Control, Provincial Health Department, Winnipeg, Manitoba.

LABORATORY DIAGNOSIS OF CHANCRON

The epidemic of chancroid in Winnipeg, reported in the previous article, is extremely important because chancroid is an unusual disease and can spread throughout the population. It is essential that these patients be diagnosed and treated appropriately. Because the routine laboratory tests are insufficient to make the diagnosis of chancroid, the clinician must inform the laboratory of the possibility. Chancroid is diagnosed by the isolation of *Haemophilus ducreyi* from genital ulcer exudate. In order to isolate *H. ducreyi*, the laboratory must then be prepared to provide the necessary media and incubation conditions for this fastidious organism. The media must be inoculated at the time of collection because the organism is fragile and no transport media exists. The swab should be taken from the base of an ulcer which has been cleaned with sterile water. The low sensitivity of direct Gram's stain and lack of standardized rapid tests make culture the only available diagnostic test. Culture is estimated to have a 75-80% sensitivity in the recovery of *H. ducreyi* from clinically suspect chancroid. It is also essential that primary syphilis and herpes simplex be excluded by appropriate studies as these are more frequent and may even co-exist.

The media used most frequently by the Clinical Microbiology Laboratory at the Health Sciences Centre in Winnipeg is gonococcal agar based with 5% bovine hemoglobin, supplemented with 1% CVA enrichment, and 5% lamb serum. The media is made slightly selective by incorporating vancomycin at 3 µg/mL. Incubation should be in a water saturated environment containing 5-10% CO₂. Candle extinction jars are suitable for this purpose, arid incubation temperature should be 33-35°C(1).

plus rapidement une épidémie. Le danger associé à la thérapie à base d'érythromycine ou de ceftriaxone est qu'il est impossible de diagnostiquer dès la première consultation un cas de syphilis primaire. Ces deux antibiotiques ne conviennent pas au traitement de la syphilis ou n'ont pas fait leurs preuves; par ailleurs, ces produits peuvent fausser les résultats d'analyses sérologiques, ce qui n'est pas le cas d'une thérapie à base de TMP-SMX. Il est essentiel de faire un suivi clinique et sérologique de tous les patients.

Les milieux de culture de *H. ducreyi* ne se trouvent pas facilement et il est impossible de faire la distinction entre les différentes ulcérations génitales en se fondant uniquement sur des données cliniques. C'est pourquoi il est plus prudent d'adresser tout cas suspect à des centres capables d'effectuer les tests diagnostiques pertinents (microscopie sur fond noir, isolement de virus et culture de *H. ducreyi*). Cette recommandation semble particulièrement justifiée face au rôle possible des ulcérations génitales dans la transmission du VIH.

Références:

1. D'Costa LJ et coll. Female-to-male transmission of HIV infection in Nairobi. Présenté à la 5^e conférence africaine sur les maladies transmises sexuellement, Harare, Zimbabwe, le 1^{er} juin 1987.
2. Quinn TC et coll. Science 1986; 234:955-963.
3. McNicol PJ, Ronald AR. J Antimicrob Chemother 1984; 14:561-564.
4. Taylor DN et coll. J Infect Dis 1985; 152:1002-1006.

SOURCE: Drs PG Jessamine, M Slutckak et G Bennigan, E Sherman, i.a., K Berezowski, BN, Drs B Toye et RC Brunham, Section des maladies infectieuses, Centre des sciences de la santé, Université du Manitoba, et Division des maladies transmises sexuellement, Ministère de la Santé du Manitoba, Winnipeg (Manitoba).

DIAGNOSTIC EN LABORATOIRE DU CHANCRE MOU

L'épidémie de chancre mou à Winnipeg, décrite dans l'article précédent, est d'une importance extrême car c'est une maladie peu courante qui peut se propager à l'ensemble de la population. Les malades doivent être diagnostiqués et traités correctement. Comme les tests de laboratoire habituels ne permettent pas de poser un diagnostic de chancre mou, il incombe au clinicien d'aviser le laboratoire de tout cas soupçonné. Le diagnostic du chancre mou repose sur l'isolement de *Haemophilus ducreyi* de l'exsudat d'une ulcération génitale. Pour ce faire, le laboratoire doit être en mesure d'utiliser les milieux et conditions d'incubations nécessaires à la culture de cet organisme exigeant. Parce que le bacille est fragile et qu'il n'existe pas de milieu de transport, le prélèvement doit être ensemencé immédiatement. Prélever le spécimen par écouvillonnage à la base d'une ulcération nettoyée à l'eau stérile. La culture constitue la seule façon de diagnostiquer l'infection car la coloration directe de Gram est peu sensible à l'égard de l'organisme et il n'y a pas de tests rapides normalisés qui s'y prêtent. La culture permet d'isoler *H. ducreyi* d'un spécimen présumptif de chancre mou dans 75 à 80% des cas. Il est en outre essentiel d'écartier la possibilité de syphilis primaire et d'herpès simplex par des méthodes reconnues car ces infections sont plus fréquentes et peuvent parfois accompagner un chancre mou.

Le laboratoire de microbiologie clinique du Centre des sciences de la santé de Winnipeg utilise habituellement une gélose pour gonocoques composée de 5% d'hémoglobine bovine additionnée d'un milieu d'enrichissements à CVA 1% et de 5% de sérum d'agneau. L'incorporation de vancomycine (3 µg/mL) rend le milieu légèrement sélectif. L'incubation devrait se faire dans un milieu saturé d'eau contenant de 5 à 10% de CO₂. Des jarres anaérobies conviennent à cette fin et l'incubation doit se faire à une température de 33 à 35°C(1).

H. ducreyi grows slowly but has a characteristic appearance. The colonies usually appear after 48 hours and, therefore, plates should be held for 7 days. The colonies are small, non-mucoid and yellow-grey and remain intact. They can be pushed across the agar surface. Identification methods should include a Gram's staining to reveal pleomorphic gram-negative coccobacilli which will appear in clumps or whorls in a fingerprint pattern. Biochemically, the organism requires hemin, which should be confirmed by a porphyrin test, and has the ability to reduce nitrate.

Any isolate which is suspect for **H. ducreyi** should be sent for confirmation to the Clinical Microbiology Laboratory at the Health Sciences Centre, Winnipeg. The medical staff would be pleased to be of assistance for technical or laboratory problems, or provide assistance with treatment.

Reference:

1. Albritton WL et al. **Haemophilus ducreyi** and **Calymmatobacterium granulomatis**. In: Lennette EH, editor in chief. Manual of clinical microbiology. 4th ed. Washington, DC: American Society for Microbiology, 1985: 869-873.

SOURCE: RC Brunham, MD, PG Jessamine, MD, D Hoban, MD, Health Services Centre, Winnipeg, Manitoba.

International Notes

AIDS SURVEILLANCE - WORLDWIDE

As of 31 December 1987, 130 countries had reported a total of 75 392 cases of AIDS to the World Health Organization. An additional 31 countries had not reported any cases. The distribution of these 75 392 cases by continent is as follows: Africa 8693 (38 countries), Americas 56 958 (42 countries), Asia 224 (19 countries), Europe 8775 (27 countries), Oceania 742 (4 countries).

SOURCE: World Health Organization (telex 15 January 1988).

Announcement

RECENT APPOINTMENTS IN THE BUREAU OF COMMUNICABLE DISEASE EPIDEMIOLOGY

Three new staff members have recently joined the Bureau of Communicable Disease Epidemiology.

Dr. Anne Carter, formerly with the Regional Niagara Health Services Department and the Field Epidemiology Division of the Bureau of Communicable Disease Epidemiology, brings extensive experience and knowledge as a medical epidemiologist to the position of Chief of the Disease Surveillance Division of the Bureau. Dr. Carter can be contacted at (613) 957-1339.

Dr. E. Ellis, formerly with the Toronto Department of Public Health is a Communicable Disease Epidemiologist in the Disease Surveillance Division. His areas of concentration include influenza, measles, selected STDs, and surveillance data bases for other notifiable diseases. Dr. Ellis can be contacted at (613) 957-0324.

Dr. Bill Jeanes, formerly Chief of Health and Population at the Canadian International Development Agency, is now with the Bureau as a consultant in international health and quarantine. These responsibilities, recently transferred to LCDC from the Medical Services Branch, include updating the Contingency Plan for African hemorrhagic fevers, reviewing yellow fever immunization programs, and publishing monthly quarantine reports and A Guide for Canadian Travellers - Travel and Health. Dr. Jeanes can be reached at (613) 957-8739.

H. ducreyi cultive lentement mais son apparence est caractéristique. Les colonies apparaissent habituellement au bout de 48 heures, c'est pourquoi il convient de conserver les lames pendant 7 jours. Les colonies sont petites, non mucoïdes et de couleur gris-jaune. Elles restent intactes et peuvent être déplacées à la surface de la gélose. Les méthodes d'identification devraient comprendre une coloration de Gram afin de mettre en évidence les coccobacilles pléomorphes Gram négatives, agglutinées en amas ou en tourbillons évoquant la forme d'une empreinte digitale. Biochimiquement, l'organisme exige de l'hémine, dont la présence devrait être confirmée par une épreuve à la porphyrine, et est capable de réduire les nitrates.

Tout isolat que l'on soupçonne d'abriter **H. ducreyi** doit être acheminé pour confirmation au laboratoire de microbiologie clinique du Centre des sciences de la santé à Winnipeg. Les médecins de ce service feront de leur mieux pour régler tout problème d'ordre technique ou autre relatif aux analyses ou aider au traitement.

Référence:

1. Albritton WL et coll. **Haemophilus ducreyi** et **Calymmatobacterium granulomatis**. Dans: Lennette EH, rédacteur en chef. Manual of clinical microbiology. 4e édition, Washington, DC: American Society for Microbiology, 1985:869-873.

SOURCE: Drs RC Brunham, PG Jessamine et D Hoban, Centre des sciences de la santé, Winnipeg (Manitoba).

Notes internationales

SURVEILLANCE DU SIDA DANS LE MONDE

En date du 31 décembre 1987, 75 392 cas de SIDA avaient été signalés à l'Organisation mondiale de la Santé par 130 pays. Trente et un autres pays n'ont pas encore signalé de cas. La répartition des 75 392 cas par continent est la suivante: Afrique (38 pays), 8693; Amériques (42 pays), 56 958; Asie (19 pays), 224; Europe (27 pays), 8775; et Océanie (4 pays), 742.

SOURCE: Organisation mondiale de la Santé (télex du 15 janvier 1988).

Annonce

NOMINATIONS RÉCENTES AU SEIN DU BUREAU D'ÉPIDÉMIOLOGIE DES MALADIES TRANSMISSIBLES

Trois nouveaux employés se sont joints récemment à l'effectif du Bureau d'épidémiologie des maladies transmissibles.

Le Dr Anne Carter, rattachée auparavant au département des services de santé de la région du Niagara et à la Division de l'épidémiologie régionale du Bureau d'épidémiologie des maladies transmissibles en tant que médecin-épidémiologiste, apporte un bagage considérable de connaissances et d'expérience qui lui sera des plus utiles dans son nouveau rôle de chef de la Division de la surveillance épidémiologique du Bureau. On peut joindre le Dr Carter au (613) 957-1339.

Le Dr E. Ellis, anciennement du Département de santé publique de Toronto, est un épidémiologiste spécialisé en maladies transmissibles à la Division de la surveillance épidémiologique. Il s'intéresse plus particulièrement à la grippe, à la rougeole, à des MTS précises, ainsi qu'aux bases de données de surveillance d'autres maladies à déclaration obligatoire. Son téléphone au bureau est le (613) 957-0324.

Le Dr Bill Jeanes, qui était chef des services relatifs à la santé et à la population à l'Agence canadienne de développement international, est présentement rattaché au Bureau en qualité d'expert-conseil en santé internationale et en quarantaine. Ses nouvelles responsabilités, qui relevaient jusqu'à récemment de la Direction générale des services médicaux, comprennent la mise à jour du Plan d'urgence en ce qui a trait aux fièvres hémorragiques d'Afrique, l'examen des programmes d'immunisation contre la fièvre jaune, ainsi que la publication de rapports mensuels relatifs aux services de quarantaine et du Guide à l'attention des voyageurs canadiens - Voyage et santé. On peut joindre le Dr Jeanes au (613) 957-8739.

*** STATISTICS CANADA - STATISTIQUE CANADA ***

Notifiable Diseases Summary. - Sommaire des maladies à déclaration obligatoire

New Cases Reported for the Four Week Period Ending December 19, 1987.
Nouveaux cas déclarés pour la période de quatre semaines se terminant le 19 décembre 1987.

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. 87	Cum. 86	Cur. Cou.	Cum. 87	Cum. 86	Cur. Cou.	Cum. 87	Cum. 86	Cur. Cou.	Cum. 87	Cum. 86	Cur. Cou.	Cum. 87	Cum. 86	Cur. Cou.	Cum. 87	Cum. 86
1. AIDS - SIDA		59	604	411	-	3	-	-	1	1	-	8	4	1	2	4	-	166	112
2. Amoebiasis - Amibiase	006	126	1841	1548	-	3	2	-	-	4	24	21	-	19	1	..	95	77	
3. Botulism - Botulisme	005.1	1	8	6	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
4. Brucellosis - Brucellose	023	2	12	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	..	2	3	
5. Campylobacteriosis - Campylobactériose		670	10068	9631	2	98	61	3	110	-	5	195	172	19	186	142	..	79	190
6. Chickenpox - Varicelle	052	3501	46919	35225	22	396	530	-	-	12	886	791	2	120	17	..	-	-	
7. Cholera - Choléra	001	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
8. Diphtheria - Diphtérie	032	7	11	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	..	-	-	
9. Giardiasis - Giardiose	007.1	728	8665	8233	-	58	61	-	18	22	6	141	104	10	73	28	..	480	397
10. Gonococcal Infections - Infections gonococciques (1)	098	1846	26904	34032	19	258	435	2	39	67	52	607	956	35	442	474	..	3065	4893
11. Gono Ophth néonat - Oph gono du nouveau-né	098.4	2	3	3	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	..	1	-
12. Haemophilus influenzae B - invasive		39	444	461	-	12	10	-	3	-	2	20	18	1	10	12	..	12	28
13. Hepatitis A	070.0, 070.1	53	976	1321	-	1	7	-	-	-	7	5	1	1	6	..	59	54	
14. Hepatitis B	070.2, 070.3	159	2398	2123	2	8	3	-	-	4	47	35	4	42	31	..	603	535	
15. Hepatitis other - Hépatite autres (2)		5	108	321	-	-	-	-	-	14	-	-	-	-	3	..	11	54	
16. Legionellosis - Légionellose		2	48	66	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	1	..	-	-	
17. Leprosy - Lèpre	030	2	24	25	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
18. Malaria - Paludisme	084	4	411	302	-	-	-	-	-	-	4	1	-	-	1	..	26	19	
19. Measles - Rougeole	055	34	2090	15046	-	1	6	-	-	1	50	1443	2	405	290	..	177	77	
20. Pneumococcal meningitis - Meningite à pneumocoques (3)	320.1	13	109	76	-	2	2	-	-	-	3	2	1	5	3	..	-	-	
21. Other bact. meningitis - Autres méninigite bactérienne (4)		9	97	137	-	6	1	-	1	-	4	2	1	3	3	..	-	-	
22. Viral meningitis - méninigite virale (5)		27	344	424	-	6	4	-	1	-	1	12	2	-	7	2	..	2	22
23. Meningococcal infections - Infections à méninogocoques	036	20	258	225	-	5	3	-	1	-	4	9	5	-	5	3	..	36	57
24. Mumps - Oreillons	072	86	648	590	1	4	2	-	-	-	5	7	-	7	5	..	-	2	2
25. Paratyphoid - Paratyphiode	002.1-002.9	-	28	31	-	1	2	-	-	-	-	-	-	-	-	2	..	4	
26. Pertussis - Coqueluche	033	151	1193	2296	-	30	65	-	17	75	3	76	453	1	10	24	..	62	181
27. Plague - Peste	020	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
28. Poliomyelitis - Poliomylélite	045	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
29. Rabies - Rage	071	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
30. Rubella - Rubéole	056	53	1133	2388	3	322	205	-	-	-	7	6	1	10	57	..	94	117	
31. Congenital Rubella - Rubéole congénitale	771.0	-	3	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	..	1	
32. Salmonellosis - Salmonellose (6)	003	580	10884	9955	9	119	140	5	86	103	20	289	207	20	327	118	..	1008	1308
33. Shigellosis - Shigellose	004	79	1315	1415	-	1	1	1	4	2	1	11	10	-	6	3	..	161	159
34. Syphilis, Early, Symptomatic - Symptomatique, récent	091	19	388	551	-	-	-	-	-	-	3	2	1	8	2	..	105	120	
35. Other - Autres	090, 092-097	126	1714	1493	-	-	-	-	-	-	1	9	-	-	-	..	196	484	
36. Tetanus - Tétanos	037	-	4	4	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	..	1	
37. Trichinosis - Trichinoze	124	-	7	7	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
38. Tuberculosis - Tuberculose	010-018	215	1579	1552	5	33	39	-	4	3	3	39	26	-	27	21	..	170	328
39. Typhoid - Typhoïde	002.0	1	36	50	-	-	1	-	-	-	-	1	1	-	4	..	5	9	
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 paratyphiode 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
. Not available
- No cases reported

. à déclaration non obligatoire
. Non disponible.
- 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)

Four Week Period Ending December 19, 1987 - Période de quatre semaines se terminant le 19 décembre 1987

No. Disease No. Maladie	ICD-9 CIM-9													British Columbia			Yukon			Northwest Territories				
		Ontario			Manitoba			Saskatchewan			Alberta			Colombie-Britannique						Territoires du Nord-Ouest				
		Cur. Cou.	Cum. 87	Cum. 86	Cur. Cou.	Cum. 87	Cum. 86	Cur. Cou.	Cum. 87	Cum. 86	Cur. Cou.	Cum. 87	Cum. 86											
1. AIDS - SIDA		52	258	149	1	11	12	1	9	5	1	40	25	3	105	99	-	-	-	-	1	-	-	
2. Amoebiasis - Amibiase	006	82	1094	871	2	70	13	6	85	49	6	92	107	26	356	403	-	-	1	-	-	2	4	
3. Botulism - Botulisme	005.1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	8	1	-	-	-	-	-	-	3	
4. Brucellosis - Brucellose	023	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	8	7	
5. Campylobacteriosis - Campylobactérose		448	6596	6160	-	-	-	18	371	265	63	714	857	112	1708	1766	-	7	7	-	4	11		
6. Chickenpox - Varicelle	052	1417	29234	20057	-	-	-	115	1664	1379	1782	13591	12053	72	326	-	-	21	64	79	681	334		
7. Cholera - Choléra	001	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	1	2	-	2	1	-	-	-	-	7	7	1	
8. Diphtheria - Diphtérie	032																							
9. Giardiasis - Giardiase	007.1	338	3993	3712	15	269	-	57	675	276	144	1279	1555	155	1622	2046	3	24	8	-	33	24		
10. Gonococcal Infections - Infections gonocoïques (1)	098	582	9520	12490	362	2891	3029	150	1784	1737	348	4087	4882	183	2930	3570	19	125	186	94	1156	1313		
11. Gono Ophth neonat - Oph gono du nouveau-né	098.4	1	1	1	-	-	-	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
12. Haemophilus influenzae B - invasive		14	169	150	2	24	12	1	26	33	15	106	128	3	44	54	-	3	3	1	15	13		
13. Hepatitis A -	070.0, 070.1	26	354	279	11	158	207	7	124	287	5	109	312	13	161	159	-	2	-	2	2	3		
14. Hepatitis B -	070.2, 070.3	66	746	775	8	68	60	14	176	128	11	147	173	50	557	373	-	2	5	-	2	5		
15. Hepatitis other - Hépatite autres (2)		3	40	114	-	1	4	-	-	-	1	15	21	1	41	111	-	-	-	-	-	-	-	
16. Legionellosis - Légionellose		-	20	36	-	10	20	-	-	1	2	12	7	-	4	1	-	-	-	-	-	-	-	
17. Leprosy - Lépre	030	2	18	20	-	4	1	-	-	-	2	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
18. Malaria - Paludisme	084	-	198	124	-	22	22	-	2	1	2	50	36	2	108	97	-	1	-	-	-	1	-	
19. Measles - Rougeole	055	19	595	1236	-	30	3449	-	93	412	3	616	788	9	115	7148	-	78	-	8	119			
20. Pneumococcal meningitis - Méningite à pneumocoques (3)	320.1	5	37	28	-	12	7	-	7	6	-	8	23	7	33	5	-	1	-	-	1	-	-	
21. Other bact. meningitis - Autres méninigite bactérienne (4)		2	44	48	-	5	19	-	8	6	4	18	33	-	5	17	-	-	-	2	3	8		
22. Viral meningitis - Méninigite virale(5)		10	167	239	3	34	55	3	25	44	4	34	18	6	56	35	-	-	-	-	-	3		
23. Meningococcal infections - Infections à méninogocoques	036	9	120	77	-	14	14	-	10	9	6	23	21	1	31	36	-	-	-	4	-			
24. Mumps - Oreillons	072	48	295	230	2	18	20	5	39	10	23	206	225	7	66	80	-	-	-	-	8	9		
25. Paratyphoid - Paratyphoïde	002.1-002.9	-	9	11	-	3	1	-	-	-	11	10	-	2	3	-	-	-	-	-	-	-		
26. Pertussis - Coqueluche	033	66	736	1143	-	28	69	-	17	14	78	152	173	3	63	89	-	-	-	2	10			
27. Plague - Peste	020	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
28. Poliomyelitis - Poliomylélite	045	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
29. Rabies - Rage	071	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
30. Rubella - Rubéole	056	14	259	259	-	7	37	1	33	230	24	305	1104	10	95	362	-	3	-	1	8			
31. Congenital Rubella - Rubéole congénitale	771.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
32. Salmonellosis - Salmonellose(6)	003	341	6349	5803	12	211	219	14	374	317	68	781	714	83	1305	981	3	7	10	5	28	35		
33. Shigellosis - Shigellose	004	27	547	372	1	33	111	18	240	503	21	170	140	10	137	106	-	-	-	5	8			
34. Syphilis, Early, Symptomatic - Sympotmatique, récent	091	17	168	210	-	5	35	-	4	3	-	37	87	1	57	87	-	-	1	-	1	4		
35. Other - Autres	090, 092-097	101	1294	763	4	25	40	-	2	1	-	42	76	21	154	120	-	-	-	-	-	-	-	
36. Tetanus - Tétanos	037	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	3	-	-	-	-	-	-	7	6	
37. Trichinosis - Trichinose	124	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
38. Tuberculosis - Tuberculose	010-018	86	632	380	8	134	134	15	130	89	46	129	145	43	257	359	-	3	5	9	21	23		
39. Typhoid - Typhoïde	002.0	1	22	24	-	-	1	-	2	-	-	2	3	-	4	7	-	-	-	-	-	-	-	
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 . 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 a été produit avec le concours de CANSIM.

Dr. S.E. Acres, formerly Chief of the Disease Surveillance Division, is now Special Advisor to the Bureau Director, Scientific Advisor for the Canada Diseases Weekly Report, and secretary for the National Advisory Committee on Immunization and the Advisory Committee on Epidemiology. Dr. Acres can be reached at (613) 957-0325.

Eleanor Paulson, formerly Managing Editor of the Canada Diseases Weekly Report, is now Editor of this publication. She can be contacted at (613) 957-1788.

Currently, there is also active recruitment taking place to fill additional senior epidemiological positions in the Bureau.

Auparavant chef de la Division de la surveillance épidémiologique, le Dr S. Acres est maintenant expert-conseil spécial auprès du directeur du Bureau, conseiller scientifique du Rapport hebdomadaire des maladies au Canada et secrétaire du Comité consultatif national de l'immunisation et du Comité consultatif d'épidémiologie. On peut le joindre au (613) 957-0325.

De rédacteur administratif du Rapport hebdomadaire des maladies au Canada, Eleanor Paulson devient rédactrice en chef de cette publication. On peut la joindre au (613) 957-1788.

Le Bureau cherche activement à doter d'autres postes supérieurs en épidémiologie.

**CUMULATIVE TOTAL OF LABORATORY CONFIRMATIONS OF INFLUENZA IN CANADA/
TOTAL CUMULATIF DES CONFIRMATIONS EN LABORATOIRE DES CAS DE GRIPPE RECENSÉS AU CANADA**

From: October 30, 1987 to January 22, 1988/Du: 30 octobre 1987 au 22 janvier 1988

		PROVINCE										TOTAL	
Type	Subtype/Sous-type	Nfld/T.-N.	P.E.I./Î.-P.-É.	N.S./N.-É.	N.B./N.-B.	QUE/Qué	ONT	MAN	SASK	ALTA/ALB.	B.C./C.-B.		
A	(H3N2)	I											
		S											
		OC											
		OS											
	(H1N1)	I											
		S											
		OC											
		OS											
	(NS)	I				1						1	
		S				1	3					4	
		OC											
		OS											
B	(NS)	Total				2	4	1		1	2	9	
		I											
		S											
		OC											
		OS											
Total		TOTAL				2	5	1		6	11	18	
A & B										8	11	27	

Legend/Légende:

I = Confirmation by isolation of virus./Confirmation par isolement du virus.

S = Confirmation by ≥ 4 -fold rise in serologic titre by any method./Confirmation par augmentation de ≥ 4 dilutions du titre selon n'importe quelle méthode.

OC= Other confirmatory tests such as genetic probe./Autres épreuves de confirmation, notamment une sonde génétique.

OS = Other serologic results possibly indicating infection such as single high titres, paired high titres, falling titres./Autres épreuves sérologiques laissant entrevoir une infection, par exemple des titres uniques élevés, des titres couplés élevés, une diminution des titres.

NS = Not subtyped./Non sous-typé.

Comments: Of the 18 influenza B confirmations received to date, 12 have been reported as resembling B/Ann Arbor. The remainder have been reported as B (not sub-typed).

LCDC has received reports regarding an outbreak of influenza B in Moscow, USSR, which is presumed but not yet confirmed to be due to B/Victoria/2/87. The outbreak is apparently less severe than initial media reports of up to 18 000 cases and 200 hospitalizations daily. Morbidity reached epidemic levels in late December, peaked in early January, and is now decreasing.

Commentaires: Des 18 cas de grippe B confirmés enregistrés à ce jour, 12 évoquaient la souche B/Ann Arbor. Les autres ont été signalés comme étant de type B (pas non-typé).

Le LLCM a été avisé d'une flambée de grippe B à Moscou, URSS, que l'on attribue à B/Victoria/2/87 mais cette hypothèse n'est pas confirmée pour l'instant. La flambée semble moins grave que ne le laissaient prévoir des rapports transmis par les médias qui faisaient état de quelque 18 000 cas et 200 hospitalisations par jour. L'infection a atteint des proportions épidémiques à la fin de décembre, enregistrant un pic au début de janvier, et diminue progressivement.

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.

Editors: Dr. S.E. Acres (613) 957-0325
Managing Editors: Eleanor Paulson (613) 957-1788
Circulations: 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 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) 957-0325
Rédacteur administratif: 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