



Canada Diseases Weekly Report

ISSN 0382-232X

Rapport hebdomadaire des maladies au Canada

CANADA
C 2
1983

Date of publication: January 29, 1983
Date de publication: 29 janvier 1983 Vol. 9-5

CONTAINED IN THIS ISSUE:

Cholera - British Columbia	17
An Ovarian Tube Abscess and Mycoplasma hominis - Quebec	18
Venereal Disease - 1981.....	19

CONTENU DU PRÉSENT NUMÉRO:

Choléra - Colombie-Britannique.....	17
Abcès tubo-ovarien et Mycoplasma hominis - Québec	18
Maladies vénériennes - 1981	19

CHOLERA - BRITISH COLUMBIA

A 4-year-old Philippine child immigrating with his family to Winnipeg, Manitoba, from Talisay, Batangas, a rural community 100 km from Manila, was severely dehydrated when admitted to the Children's Hospital in Vancouver on 15 January 1983. The history given by the father through a translator indicated that the family had left their home in Talisay on this same date. There had been no known outbreak of diarrhea in their community at or around the time of their departure. The family had not had previous immunization for cholera. The child developed acute symptoms of vomiting and diarrhea during a 7 1/2-hour layover in the Tokyo Airport waiting for a connecting flight to Vancouver. His parents and 2 siblings, age 2 and 5 years, had all remained well throughout this transit period. On admission to hospital, this child was severely dehydrated, cyanotic and in shock, but improved rapidly on intravenous therapy.

The hospital microbiology laboratory isolated an organism which was presumptively identified as *Vibrio cholerae* and later confirmed by both the Provincial Laboratory and the LCDC Reference Laboratory, Ottawa as *V. cholerae* O1, biotype El Tor, serotype Ogawa. A short course of trimethoprim/sulfamethoxazole was started on 18 January and by 21 January the child was well enough to be discharged to join his family in Winnipeg. Stool cultures on the other family members have been negative. Federal health authorities are following up other contacts that occurred during transit.

The last death attributed to cholera in B.C. is believed to have occurred in 1910.

SOURCE: JD Anderson, MD, S Damm, LCSLT, Children's Hospital, WA Black, MB, ChB, J Grskovic, Provincial Public Health Laboratories, D Huggins, MD, Vancouver City Health Department, R Mathias, MD, Consultant Epidemiologist, W Everett, MD, Field Epidemiologist (LCDC), Vancouver, British Columbia; JA Eadie, MB, ChB, Provincial Epidemiologist, MV Fast, MD, Assistant Provincial Epidemiologist, Winnipeg, Manitoba; H Lior, MSc, Chief, National Enteric Reference Centre, LCDC, Ottawa, Ontario.

CHOLÉRA - COLOMBIE-BRITANNIQUE

Le 15 janvier 1983, un jeune Philippin de 4 ans dont la famille venait s'établir à Winnipeg (Manitoba) après avoir quitté Talisay (Batangas) - communauté rurale à 100 km de Manille - est admis au Children's Hospital de Vancouver. Il est dans un état de déshydratation avancée. D'après les antécédents fournis par le père par l'intermédiaire d'un interprète, la famille a quitté Talisay la journée même. Autant que l'on sache, aucune poussée de diarrhée ne s'est produite dans la communauté en question au moment du départ ou aux environs de cette date. La famille n'avait pas été immunisée contre le choléra. À l'aéroport de Tokyo, l'enfant développe des symptômes aigus de vomissement et de diarrhée pendant une attente de 7 1/2 heures pour une correspondance à destination de Vancouver. Durant cette période de transit, les parents et 2 autres enfants âgés de 2 et 5 ans continuent à bien se porter. Lorsqu'on l'admet à l'hôpital, l'enfant est gravement déshydraté, cyanosé et en état de choc. Cependant, grâce à une intraveineuse-thérapie, son état s'améliore rapidement.

Le laboratoire de microbiologie de l'hôpital isole un microorganisme qui, d'après l'identification de présomption, serait *Vibrio cholerae*. Par la suite, le Laboratoire provincial et le Laboratoire de référence du LLGM (Ottawa) confirment qu'il s'agit de *V. cholerae* O1, biotype El Tor, sérotype Ogawa. Le 18 janvier, on commence un bref traitement au triméthoprime/sulfaméthoxazole. Dès le 21, l'enfant se porte assez bien pour obtenir son congé et rejoindre les siens à Winnipeg. Les coprocultures des autres membres de la famille se sont révélées négatives. Les autorités fédérales de la santé poursuivent des recherches pour retrouver des sujets qui auraient pu être exposés pendant la période de transit.

Le dernier décès attribué au choléra en Colombie-Britannique daterait de 1910.

SOURCE: Dr JD Anderson, S Damm, LCSLT, Children's Hospital, WA Black, BM, BCh, J Grskovic, Laboratoires provinciaux d'hygiène publique, Drs D Huggins, Service d'hygiène de Vancouver, R Mathias, Épidémiologiste-conseil, W Everett, Épidémiologiste régional (LLGM), Vancouver, Colombie-Britannique; JA Eadie, BM, BCh, Épidémiologiste provincial, Dr MV Fast, Épidémiologiste provincial adjoint, Winnipeg, Manitoba; H Lior, MSc, Chef du Centre de référence national de bactériologie entérique, LLGM, Ottawa, Ontario.



A Case Report

AN OVARIAN TUBE ABSCESS AND MYCOPLASMA HOMINIS - QUEBEC

On 29 September 1982, a 17-year-old female was admitted to the Hôtel-Dieu in Montreal with sudden onset of sharp abdominal pain. Four (4) days earlier, she had experienced intermenstrual bleeding accompanied by nausea, soft stools, tenesmus, and temperature up to 38.9°C. The cramp-like abdominal pain eventually became localized in the right pelvic area. No medication had been taken during the weeks prior to admission. Her history indicated first sexual intercourse at age 15. At that time, the patient took contraceptive pills for 4 months. During the following year, the patient had a vaginal infection of unknown etiology accompanied by dysmenorrhea and occasional painful coitus. One (1) year before admission, ultrasound had apparently revealed a semi-solid cyst in the right adnexa uteri. Four and a half (4 1/2) months before admission, she had repeated genitourinary problems with burning on micturition, hypogastric cramps, and right adnexal and vesical sensitivity. Last sexual intercourse had been 5-6 weeks before admission. The patient had noted intermenstrual bleeding without any significant vaginal discharge during the last few months. She denied having more than 1 sexual partner; however, her partner suffered from a nonspecific urethritis.

Following the clinical examination on admission, a diagnosis of vaginitis and right salpingitis, possibly complicated by pelvic peritonitis, was made. Appendicitis was also suspected. Ultrasound revealed a prominent right adnexal mass. Laboratory analysis indicated a leukocytosis of 13,900 WBC/mm³ (85% neutrophils). Subsequently, her clinical state deteriorated quickly. Antibiotic therapy (4 g cefoxitin IV and 2 g tetracycline IV per day) was initiated and an emergency laparoscopy was carried out. This revealed a ruptured right ovarian tube abscess with pelvic peritonitis. The appendix appeared slightly inflamed and there was a moderate degree of left adnexal involvement. A laparotomy, right salpingo-oophorectomy, and appendectomy were then carried out. Gram staining of abdominal pus at the time of surgical intervention indicated only the presence of pus and no visible microorganisms. On admission, vaginal and cervical secretions had been cultured for *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*, and various other vaginal pathogens. Samples of the abdominal pus originating from the ovarian tube abscess were also cultured for *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis*, *M. hominis* and *U. urealyticum* in addition to several other aerobic and anaerobic organisms. *U. urealyticum* was isolated from the cervical specimen; *M. hominis* was isolated from this site as well as from the abdominal pus. The vaginal specimen taken on admission revealed a heavy growth of *Gardnerella vaginalis*; other microbiological tests were negative.

The patient's recovery was excellent and she was discharged in 7 days. The cefoxitin and tetracycline therapy was continued throughout her hospitalization. At discharge, she was given tetracycline (500 mg PO QID) for 2 weeks.

This is apparently the first documented ovarian tube abscess in Canada to be attributed to *M. hominis*.

The results of a survey of sexually transmitted disease clinics in Canada were recently published in the CDWR⁽¹⁾. This article mentioned the importance of being able to culture *C. trachomatis*. However, no comment was made regarding facilities for culturing genital mycoplasmas.

Rapport de cas

ABCÈS TUBO-OVARIEN ET MYCOPLASMA HOMINIS - QUÉBEC

Le 29 septembre 1982, une jeune femme de 17 ans est admise à l'Hôtel-Dieu de Montréal en raison de douleurs abdominales aiguës d'apparition soudaine. Quatre (4) jour plus tôt, elle avait manifesté des pertes intermenstruelles accompagnées de nausées, de selles molles, de ténèse et d'une fièvre s'éllevant jusqu'à 38,9°C. Progressivement, les douleurs abdominales crampiformes se concentrent dans la région pelvienne droite. Au cours des semaines précédant son admission, la malade n'avait pris aucun médicament. Ses antécédents révèlent qu'elle a eu ses premiers rapports sexuels à l'âge de 15 ans. À cette époque, elle prit des contraceptifs oraux pendant 4 mois. L'année suivante, elle contracta une infection vaginale d'étiologie inconnue s'accompagnant de dysménorrhée; il lui arrive aussi de ressentir des douleurs pendant les rapports sexuels. Une échographie pelvienne pratiquée 1 an avant l'admission aurait mis en évidence un kyste semi-solide à l'annexe utérine droite. Quatre mois et demi (4 1/2) avant d'être hospitalisée, elle éprouva des troubles génito-urinaires répétés se manifestant par des brûlures mictionnelles accompagnées de crampes hypogastriques et d'une sensibilité vésicale et annexielle droite. Elle aurait eu son dernier rapport sexuel environ 5 à 6 semaines avant son admission. Au cours des derniers mois, elle avait noté des écoulements intermenstruels sans pertes vaginales importantes. Elle nie avoir plus d'un partenaire sexuel; son partenaire souffre toutefois d'urétrite non spécifique.

Les examens cliniques pratiqués à l'admission permettent de diagnostiquer une vaginite et une salpingite droite se compliquant peut-être d'une pelvipéritonite. On soupçonne aussi une appendicite. Une échographie révèle une importante masse annexielle droite et les analyses de laboratoire, une leucocytose: 13 900 globules blancs/mm³ (85% de granulocytes). L'état clinique de la malade se détériore ensuite brusquement. Une antibiothérapie est amorcée (4 g de céfoxidine et 2 g de tétracycline, IV, par jour) et une laparoscopie est pratiquée d'urgence. Cet examen permet de découvrir un abcès tubo-ovarien droit crevé et une pelvipéritonite. L'appendice présente peu de signes inflammatoires et les annexes gauches sont modérément touchées. On pratique une laparotomie, une salpingo-ovariectomie droite et une appendicectomie. Au moment de l'intervention, une coloration de Gram effectuée sur le pus abdominal ne révèle aucun microorganisme visible. Lors de l'admission de la malade, des cultures avaient été pratiquées à partir des sécrétions du vagin et du col utérin pour mettre en évidence *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum* et divers autres pathogènes vaginaux. On place aussi en culture des prélèvements du pus abdominal venant de l'abcès tubo-ovarien pour rechercher *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis*, *M. hominis*, *U. urealyticum*, ainsi que plusieurs autres organismes aérobies et anaérobies. Ces cultures permettent d'isoler *U. urealyticum* à partir du prélèvement du col et *M. hominis* à partir d'un échantillon provenant du même site, ainsi que du pus abdominal. Le prélèvement pratiqué dans le vagin au moment de l'admission révèle la présence d'un grand nombre de *Gardnerella vaginalis*; les autres analyses microbiologiques sont négatives.

La malade se remet très bien et obtient son congé au bout de 7 jours. On lui a administré de la céfoxidine et de la tétracycline jusqu'à la fin de son séjour. Au moment de son départ, on lui remet de la tétracycline (500 mg PO QID) à prendre pendant 2 semaines.

Il s'agit apparemment du premier cas documenté d'abcès tubo-ovarien attribuable à *M. hominis* à s'être produit au Canada.

Le RHMC⁽¹⁾ publiait récemment les résultats d'une étude sur les cliniques de maladies transmises sexuellement au Canada. L'article soulignait combien il est important de pouvoir cultiver *C. trachomatis*. Aucune allusion n'était cependant faite au sujet de la possibilité de cultiver des mycoplasmes génitaux.

This case supports previous suspicions^(2,3) that these microorganisms (*M. hominis* and *U. urealyticum*) are playing a very important role in the pathogenesis of sexually transmitted disease. This will no doubt be supported further as more information on this subject is obtained and facilities for microbiological identification increase.

Acknowledgments: The assistance of Drs. D. Potvin, General Surgery, Hôtel-Dieu and M. Gonthier, Gynecology and Obstetrics, Hôtel-Dieu and Sainte-Justine Hospital, Montreal, was greatly appreciated.

References:

1. CDWR 1982;8:193-5.
2. Médecine moderne du Canada 1978;33:824-6.
3. Can Med Assoc J 1980;123:105-11.

SOURCE: GE Noël, MD, M Poisson, MD, R Morisset, MD, L Jemni, MD, Microbiology and Infectious Disease Service, Hôtel-Dieu University Hospital Centre, University of Montreal, Quebec.

VENEREAL DISEASE - 1981

British Columbia

With 9 220 cases of gonorrhea reported in 1981, the province recorded the lowest incidence in a decade (336 per 100 000 population). The rate for total syphilis dropped by more than 20% from 1980 (11.9 to 9.1 per 100 000). While the rate for primary syphilis (1.2 per 100 000) was the second lowest recorded since 1956, the rate for secondary syphilis (3.2) was the highest recorded in 30 years.

In persons under 20 years of age with gonorrhea, the usual sex distribution was evident, i.e. more females than males. As in previous years and as found elsewhere in Canada, male cases predominate among those over 20 years of age.

Eighty-eight (35%) of the total 248 syphilis cases were persons 25-34 years of age. As noted in recent years, new notifications of syphilis were reported more frequently to be homosexual males. The overall percentage was 53%, but rose to 74% and 58% for primary and secondary, and early latent infections respectively. Since 1977, homosexually acquired venereal disease has increased from 7% to 14% of cases.

Two (2) high-risk groups have been identified recently. The first is a minority group of the gay male population in Vancouver who tend to have frequent, anonymous sexual contacts. Screening programs supported by the Division of Venereal Disease Control have been initiated. Secondly in the same Vancouver area, juvenile prostitution has become a problem and there is concern that young male prostitutes may be at greater risk of syphilis infection than their female counterparts. A screening program is also proposed for this group. Screening in the city jail for females and as part of the street control program in the skid row area of Vancouver continues.

Non-gonococcal urethritis (NGU) continues to be the most common disease bringing patients to the clinic in Vancouver (40% of NGU patients had positive cultures for *Chlamydia trachomatis*). The clinic also treated 10 cases of penicillin-resistant *Neisseria gonorrhoeae* (PPNG) in 1981. Eight (8) of the cases were acquired in Korea and Thailand, the remaining 2 locally. Proper treatment and intensive contact tracing have controlled the spread of this organism so far.

Le présent cas renforce les soupçons^(2,3) selon lesquels les microorganismes en question (*M. hominis* et *U. urealyticum*) jouent un rôle très important dans la pathogénèse des maladies transmises sexuellement. Ces soupçons se confirmeront certainement au fur et à mesure que notre connaissance du sujet s'approfondira et que l'accès aux installations permettant l'identification microbiologique ira en se généralisant.

Remerciements: Nous tenons à remercier les docteurs D. Potvin du Service de chirurgie générale de l'Hôtel-Dieu et M. Gonthier du service de gynéco-obstétrique de l'Hôtel-Dieu et de l'hôpital Sainte-Justine, Montréal.

Références:

1. RHMC 1982;8:193-5.
2. Médecine moderne du Canada 1978;33:824-6.
3. Journal de l'Association médicale canadienne 1980;123:105-11.

SOURCE: Drs GE Noël, M Poisson, R Morisset et L Jemni, Service de microbiologie et maladies infectieuses, Centre hospitalier universitaire Hôtel-Dieu, Université de Montréal, Québec.

MALADIES VÉNÉRIENNES - 1981

Colombie-Britannique

En 1981, la Colombie-Britannique a signalé 9 220 cas de blennorragie, soit le plus faible taux d'incidence depuis 10 ans (336 cas pour 100 000 habitants). Par rapport à 1980, le taux d'incidence de la syphilis a baissé de 20% (de 11,9 à 9,1 pour 100 000 habitants). Si le taux enregistré pour la syphilis primaire (1,2 par 100 000 habitants) était le deuxième plus bas depuis 1956, celui de la syphilis secondaire (3,2) était, par contre, le plus élevé depuis 30 ans.

Chez les moins de 20 ans atteints de blennorragie, la répartition habituelle par sexe était évidente, soit une plus grande proportion de femmes que d'hommes. Suivant la tendance qui s'est manifestée au cours des dernières années et comme on a pu le constater ailleurs au Canada, on a enregistré plus de cas chez les hommes parmi les plus de 20 ans.

Dans 35% des 248 cas de syphilis, soit 88 personnes, les sujets avaient entre 25 et 34 ans. Comme on l'avait observé au cours des dernières années, les nouveaux cas de syphilis se déclarent surtout chez les homosexuels. Le pourcentage total était de 53%, mais il atteignait 74% pour la syphilis primaire et secondaire et 58% pour la syphilis récente latente. Depuis 1977, les cas de maladie vénérienne transmise par contacts homosexuels sont passés de 7 à 14%.

On a récemment identifié 2 groupes particulièrement exposés. En premier lieu, il s'agit d'un groupe minoritaire de la population homosexuelle mâle de Vancouver qui a tendance à avoir de fréquents contacts sexuels anonymes. On a mis sur pied des programmes de dépistage parrainés par la Division de la lutte contre les maladies vénériennes. En deuxième lieu, toujours dans la même région de Vancouver où la prostitution juvénile constitue un problème, on s'inquiète au sujet des jeunes prostitués, car ils pourraient être exposés à de plus grands risques de contracter une infection syphilitique que leurs homologues féminins. On a aussi proposé un programme de dépistage s'adressant à ce groupe. Le dépistage se poursuit dans la prison municipale pour les femmes et, dans le cadre du programme de surveillance des rues, dans les quartiers mal famés de Vancouver.

L'urétrite non gonococcique (NGU) reste la maladie responsable du plus grand nombre de consultations à la clinique de Vancouver (40% des patients atteints du NGU ont eu des cultures positives à l'égard de *Chlamydia trachomatis*). En 1981, la clinique a aussi traité 10 cas de *Neisseria gonorrhoeae* résistant à la pénicilline (PPNG). Huit (8) d'entre eux avaient été contractés en Corée et en Thaïlande; les 2 autres, dans la région. Jusqu'ici, on a maîtrisé la diffusion du microorganisme grâce à un traitement approprié et au dépistage intensif des sujets-contacts.

Public information programs have been extended. In addition to the "V.D. Information Line" which received some 37 000 calls in 1981, a series of pamphlets designed for patient education was produced. One series covering contraceptive techniques had the following titles: "The Pill", "The IUD", "Condoms and Foam", and "The Diaphragm". A second series dealt with specific sexually transmissible infections.

Alberta

Although the number of reported confirmed cases of gonorrhea in 1981 rose by 2% from 1980, the incidence dropped to 540 per 100 000, a reduction of 1.4%. Both the number of cases and the incidence of reported syphilis rose markedly with a 37.2% increase over 1980 (8.6 per 100 000). The ratio of male to female cases of gonorrhea was 1.6:1, while the ratio for syphilis was 2.4:1.

Age-specific rates for gonococcal infection showed decreases in the male groups between 20-39 years, while females aged 25-29 had a rate decrease of almost 15%. Increased rates were recorded for both sexes under 15 years of age and 40-59, and in females in the 15-19, 20-24 and 40-59 age groups.

No change was noted in the pattern of homosexually acquired syphilis, 16.5% of all syphilis cases and 32.1% of infectious cases being transmitted in this manner.

While factors for the increase in syphilis cases and incidence have not been identified, it is noted that this trend has been reported by other North American control agencies, but may not reflect the beginning of an upward trend in this disease. Of greater concern, is the continued increase in the rates of gonococcal infection in young females (15-19 years) which underlines the importance of prompt diagnosis and treatment in order to prevent pelvic inflammatory disease and its sequelae.

Nine (9) cases of PPNG were reported in 1981; 7 of these were acquired in an endemic area. The non-reportable sexually transmitted diseases, particularly herpes genitalis and non-gonococcal urethritis, continue to be common problems in the clinic populations.

Public awareness campaigns were extended to include bus posters in 3 major cities, supplemented by media advertising. A new pamphlet entitled "NGU" was developed and distributed throughout the province.

SOURCE: Annual Report, Division of Venereal Disease Control, Community Health Services, Ministry of Health, British Columbia; Statistical Report 1981 - Sexually Transmitted Diseases, Social Hygiene Services, Social Services and Community Health, Alberta.

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
Managing Editor: Eleanor Paulson
Assistant Editor: Jo-Anne Doherty

Bureau of Epidemiology,
Laboratory Centre for Disease Control,
Tunney's Pasture,
OTTAWA, Ontario,
Canada K1A 0L2
(613) 996-4041

On a étendu les programmes d'information publique. La "V.D. Information Line" a reçu quelque 37 000 appels en 1981; en plus, on a publié des brochures visant à renseigner les patients. Une série portant sur les méthodes de contraception avait pour sujets: "The Pill" (La pilule), "The IUD" (Le stérilet), "Condoms and Foam" (Préservatifs et mousses) et "The Diaphragm" (Le diaphragme). Une deuxième série abordait des infections transmises sexuellement bien précises.

Alberta

Bien que le nombre des cas confirmés de blennorragie signalés en 1981 ait augmenté de 2% comparativement à 1980, le taux d'incidence est tombé à 540 pour 100 000 habitants, soit une baisse de 1,4%. Pour la syphilis, le nombre de cas et le taux d'incidence ont tous deux enregistré une augmentation marquée: 37,2% de plus qu'en 1980 (8,6 pour 100 000 habitants). Le rapport hommes-femmes des cas de blennorragie était de 1,6:1, tandis que celui des cas de syphilis était de 2,4:1.

Quant à la répartition des infections gonococciques par groupe d'âge, on a constaté une baisse des taux d'incidence chez les groupes d'hommes de 20 à 39 ans; chez les femmes de 25 à 29 ans, cette diminution atteignait presque 15%. On a enregistré une incidence accrue chez les moins de 15 ans et dans le groupe des 40 à 59 ans pour les 2 sexes, ainsi que chez les femmes appartenant aux groupes des 15 à 19 ans, des 20 à 24 ans et des 40 à 59 ans.

On n'a observé aucun changement dans la transmission de la syphilis par contact homosexuel; ce mode de transmission compte pour 16,5% des cas de syphilis et pour 32,1% des cas d'infection.

Bien que l'on n'ait pas identifié les facteurs responsables de l'augmentation des cas de syphilis et des taux d'incidence, on a constaté que d'autres organismes de lutte nord-américains ont aussi signalé cette tendance, ce qui ne signifie peut-être pas pour autant que la maladie devient plus répandue. La hausse continue des taux d'infection gonococcique chez les jeunes femmes (de 15 à 19 ans) est beaucoup plus inquiétante, car elle souligne l'importance d'un diagnostic et d'un traitement précoce si l'on veut prévenir la salpingite aiguë et ses séquelles.

En 1981, on a signalé 9 cas de PPNG dont 7 ont été contractés dans une région endémique. Les maladies transmises sexuellement à déclaration non obligatoire, tout particulièrement l'herpès génital et l'urétrite non gonococcique, restent très courantes chez ceux qui fréquentent les cliniques.

On a étendu les campagnes de sensibilisation du public: des affiches ont été placées dans les autobus de 3 villes importantes et les médias ont diffusé l'information. On a rédigé une nouvelle brochure intitulée "NGU" qui a été distribuée dans toute la province.

SOURCE: Rapport annuel, Division de la lutte contre les maladies vénériennes, Services de santé communautaire, Ministère de la Santé, Colombie-Britannique; Rapport statistique de 1981 - Maladies transmises sexuellement, Services d'hygiène sociale, Services sociaux et Santé communautaire, Alberta.

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
Rédacteur administratif: Eleanor Paulson
Rédacteur adjoint: Jo-Anne Doherty

Bureau d'épidémiologie
Laboratoire de lutte contre la maladie
Perc Tunney
Ottawa (Ontario)
Canada K1A 0L2
(613) 996-4041