

JUL 15 1977

Date of publication: July 9, 1977  
 date de publication: 9 juillet 1977

canada diseases  
 weekly report

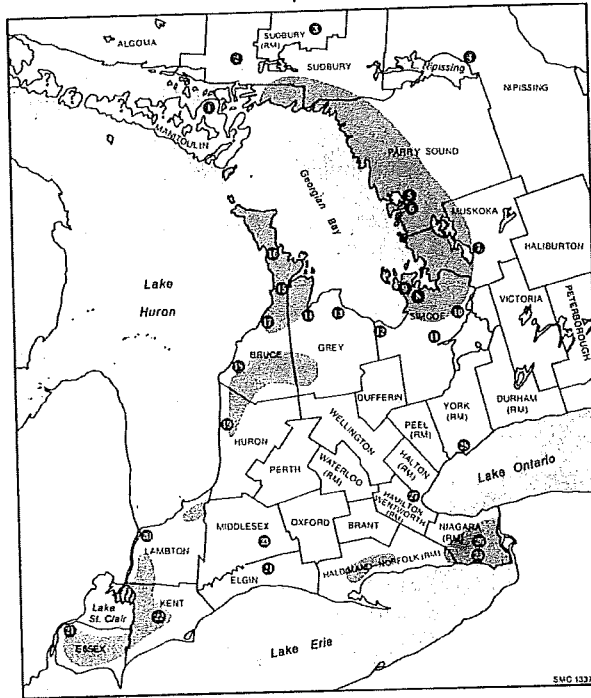
rapport hebdomadaire  
 des maladies au canada

RATTLESNAKES IN ONTARIO

The rattlesnake is the only poisonous snake in Ontario. It is a blotched grey-brown in colour, and is distinguished by a deep pit on either side of the head between the eye and the nostril and the characteristic rattle at the end of the tail.

SERPENTS A SONNETTES EN ONTARIO

Le crotale (serpent à sonnettes) constitue le seul représentant des serpents venimeux en Ontario. D'une livrée tachetée gris-brun, il se distingue par une profonde fossette de chaque côté de la tête, entre les yeux et les narines, et par sa cascabelle caractéristique à l'extrémité de la queue.



Note: Although rattlesnakes formerly had a more extensive range, they are now chiefly confined to the shaded portions of the map and on some islands in Georgian Bay.

Note: Dans le passé, les crotales occupaient une aire de répartition plus étendue, mais aujourd'hui, on les retrouve surtout dans les régions ombrées sur la carte et dans certaines îles dans la Baie de Georgie.

Rattlesnakes will not strike unless provoked. When you hear the sharp buzzing sound of a rattlesnake, stand still until you see it, then move carefully away if it is not within striking distance. If it is too close, call for assistance.

Le crotale n'attaquera pas à moins d'être provoqué. Lorsqu'une personne entend le bruit sourd et intense du crotale, elle doit s'immobiliser jusqu'à ce qu'elle aperçoive l'animal, puis s'éloigner prudemment si le serpent n'est pas en position de mordre. Si l'animal est trop près, il faut demander de l'aide.

The bite of a rattlesnake usually causes severe pain, swelling and discolouration within a few minutes. Persons bitten by a rattlesnake should immediately apply a tourniquet just above the bite to prevent spread of venom - tight enough to compress the soft tissues, but not tight enough to stop the blood circulation. The arm or leg should be kept at rest and the person taken to the nearest antivenin depot, or to a practicing physician in the nearest depot area.

La morsure du crotale provoque habituellement une douleur intense, une tuméfaction et une décoloration qui s'installent en quelques minutes. La victime d'une morsure de crotale doit immédiatement mettre en place un tourniquet juste au-dessus de la morsure pour prévenir la propagation du venin - le tourniquet doit être assez serré pour comprimer les tissus mous, mais ne doit pas arrêter la circulation sanguine. Le bras ou la jambe doit demeurer au repos et la victime doit être conduite au dépôt antivenin le plus rapproché ou chez un médecin habitant près du dépôt le plus rapproché.

- |  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| 1. Little Current, St. Joseph's General Hospital | 8. Midland, St. Andrew's Hospital          | 15. Warton, Bruce Peninsula & Marine Hospital       | 22. Chatham, Public General Hospital              |
| 2. Espanola, General Hospital                    | 9. Penelanguishene, General Hospital       | 16. Lion's Head, Red Cross Hospital                 | 23. London, Victoria General Hospital             |
| 3. Sudbury, General Hospital                     | 10. Orillia, Soldiers' Memorial Hospital   | 17. Southampton, Saugeen Memorial Hospital          | 24. St. Thomas, St. Thomas-Elgin General Hospital |
| 4. North Bay, Civic Hospital                     | 11. Barrie, Royal Victoria Hospital        | 18. Kincardine, General Hospital                    | 25. Port Colborne, General Hospital               |
| 5. Parry Sound, General Hospital                 | 12. Collingwood, General & Marine Hospital | 19. Goderich, Alexandra & Marine General Hospital   | 26. Welland, County General Hospital              |
| 6. Parry Sound, St. Joseph's General Hospital    | 13. Meaford, General Hospital              | 20. Sarnia, General Hospital                        | 27. Hamilton, General Hospital                    |
| 7. Bracebridge, South Muskoka Memorial Hospital  | 14. Owen Sound, General & Marine Hospital  | 21. Windsor, Metro Windsor-Essex County Health Unit | 28. Toronto, Hospital for Sick Children           |

A survey of the antivenin depots confirmed that no antivenin was used in 1975 and neither were there any rattlesnake envenomations reported.

There were 3 rattlesnake envenomations in 1976. The victims were hospitalized for periods of 1, 2 and 13 days respectively. The latter case was bitten by a captive California rattlesnake. There were no deaths.

SOURCE: Dr. William J. Keefe, Senior Consultant, Ontario Ministry of Health, Toronto, M4H 1A9

INFLUENZA VACCINES

Intradermal administration

The intradermal route for flu and other vaccines generates controversy, but when faced with a potential shortage of the necessary antigen, it provides reasonably good protection to a much larger population.

The preoccupation with swine flu offered a suitable opportunity to apply this principle, and we append below the pre- and post-immunization titres both to A/Victoria/75 and A/New Jersey/76 strains in 38 adult health workers in Regina. Admittedly, the number is small but the results are most encouraging.

Serological response to a single inoculation of 0.1 ml via the intradermal route of bivalent (A/Victoria/75 and A/New Jersey/76) influenza vaccine (Connaught Laboratories Ltd.) was determined using the haemagglutination - inhibition (HI) test.

Une enquête effectuée auprès des dépôts antivenins a révélé qu'on n'a pas utilisé d'antivenin en 1975 et qu'aucun cas d'empoisonnement dû à la morsure du crotale n'a été signalé.

Cependant, trois cas se sont présentés en 1976. Les victimes ont été hospitalisées pendant 1, 2 et 13 jours respectivement. Dans le dernier cas, la victime a été mordue par un crotale californien en captivité. Il n'y a pas eu de mortalité.

SOURCE: Dr. William J. Keefe, Senior Consultant, Ministère de la Santé de l'Ontario, Toronto, M4H 1A9

VACCINS ANTIGRIPPAUX

Administration par voie intradermique

L'administration par voie intradermique des vaccins antigrippaux ou autres soulève des controverses; cependant, devant une pénurie éventuelle des antigènes nécessaires, cette forme d'administration assure une protection satisfaisante à un plus grand nombre de personnes.

La question de la grippe porcine nous a donné une bonne occasion de mettre ce principe en pratique et nous avons indiqué, plus loin dans ce texte, les titres pré- et post-vaccination relatifs aux deux souches A/Victoria/75 et A/New Jersey/76 enregistrés chez 38 travailleurs de la santé à Regina. Évidemment, l'effectif de l'échantillon est limité, mais les résultats sont des plus encourageants.

La réponse sérologique à l'inoculation simple par voie intradermique de 0,1 ml de vaccin antigrippal bivalent (A/Victoria/75 et A/New Jersey/76) fabriqué par les Laboratoires Connaught, a été déterminée à l'aide de la réaction de l'inhibition de l'hémagglutination (IH).

Table 1/Tableau 1

Haemagglutination-Inhibition Titre in Recipients of Bivalent Influenza A Vaccine/ Titres obtenus par la réaction d'inhibition de l'hémagglutination chez des personnes qui ont reçu le vaccin bivalent contre la grippe A

Post vaccination titre/titre post-vaccination	Influenza A/Grippe A									
	Strain Victoria/ Souche Victoria					Strain New Jersey/ Souche New Jersey				
	< 10	10	20	40	Sub-total/ Total partiel	< 10	10	20	40	Sub-total/ Total partiel
Pre-vaccination titre/titre pré-vaccination										
< 10	0	1	5	11	17	0	1	3	22	26
10	0	1	3	9	13	0	0	0	2	2
≥ 20	0	0	0	8	8	0	0	0	10	10
Total	0	2	8	28	38	0	1	3	34	38

Rising (HI) antibody to both strains has been observed in all 38 recipients but one (Table 1). One each of two recipients showed minimum response to either the A/Victoria or the A/New Jersey strain and none of 38 recipients showed negative response to both strains. No local or systemic reactions of note were observed.

The primary response of (HI) antibody (from serum titre of less than 10 in pre-vaccine titre to more than or equal to 20 in post-vaccine titre) was 16 out of 17 recipients to the A/Victoria strain and 24 out of 25 recipients to the A/New Jersey strain. The highest response for A/Victoria and A/New Jersey from a pre-vaccination titre of less than 10 was 160 and 320 respectively in post-vaccination titre.

*SOURCE: Dr. Patricia Hutchison, Health Department - City of Regina, Dr. T. Izumi, Virologist, Provincial Laboratory, Saskatchewan, and Dr. W.G. Davidson, Provincial Epidemiologist, Saskatchewan.*

#### SMALLPOX SURVEILLANCE - WHO

As of 7 June, a total of 1,064 cases of smallpox have been reported to the Organization from the Ogaden desert area of Ethiopia, Kenya and Somalia in north-east Africa since 1 January 1977.

#### Ethiopia

Two outbreaks have been reported from Ethiopia in May, one of two cases in Baled town in Hararghe Region and another of seven cases in Gomeri village in Bale Region.

#### Kenya

No further cases have been detected since five cases were reported from Mandera in February.

#### Somalia

To date, a total of 1,050 cases in 319 outbreaks have been reported since the beginning of the year from the southern ten of the 16 regions in the country. Of these 319 outbreaks, 257 are considered to be pending, in that it is less than six weeks since the last case had onset of rash.

Of 239 outbreaks reported, 61 (26%) were single case outbreaks and 119 (50%) contained two to five cases. This is indicative of continuing transmission in a scattered desert population.

The dates of onset are available for 418 cases (Fig. 1). Experience in the Ogaden desert in Ethiopia between January and August 1976 showed a peak during April. While a similar pattern of incidence appears to be emerging in Somalia, this will not be confirmed until surveillance teams are fully active throughout the entire country.

À l'exception d'un seul cas, on a observé la synthèse d'anticorps spécifiques des deux souches chez les 38 vaccinés (Tableau 1). Deux vaccinés n'ont répondu que faiblement à la vaccination: l'un à l'égard de la souche A/Victoria et l'autre à l'égard de la souche A/New Jersey. Cependant, aucun des 38 vaccinés n'a présenté une réponse négative à l'égard des deux souches. On n'a pas observé de réactions locales ou généralisées importantes.

Par la réaction IH, on a enregistré une réponse des anticorps (d'un titre sérique pré-vaccination inférieur à 10 à un titre post-vaccination de 20 et plus) chez 16 des 17 vaccinés contre la souche A/Victoria et chez 24 des 25 vaccinés contre la souche A/New Jersey. Les réponses les plus élevées à l'égard de A/Victoria et de A/New Jersey à partir d'un titre pré-vaccination inférieur à 10 ont été respectivement de 160 et de 320 pour les titres post-vaccination.

*SOURCE: D<sup>r</sup> Patricia Hutchison, Département de la santé, Cité de Regina; D<sup>r</sup> T. Izumi, virologue, Laboratoire provincial, Saskatchewan et D<sup>r</sup> W.G. Davidson, épidémiologiste provincial, Saskatchewan.*

#### SURVEILLANCE DE LA VARIOLE - O.M.S.

Au 7 juin, et depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1977, 1 064 cas de variole au total ont été notifiés à l'Organisation depuis la zone désertique de l'Ogaden qui, en Afrique du Nord-Est, recouvre une partie de l'Éthiopie, du Kenya et de la Somalie.

#### Éthiopie

Deux poussées épidémiques ont été notifiées par l'Éthiopie en mai, l'une de deux cas dans la ville de Baled, province de Hararghe, et l'autre de sept cas dans le village de Gomeri, province de Bale.

#### Kenya

Aucun cas n'a été dépisté depuis qu'on en avait signalé cinq à Mandera en février.

#### Somalie

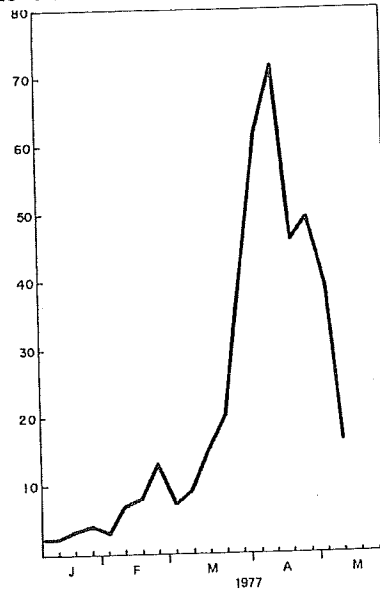
À ce jour, 1 050 cas correspondant à 319 poussées ont été notifiés depuis le début de l'année par les dix régions méridionales sur les 16 que compte le pays. Sur ces 319 flambées, 257 sont considérées comme en suspens, du fait que le dernier cas a présenté son éruption il y a moins de six semaines.

Sur 239 poussées notifiées, 61 (26%) ne comportaient qu'un seul cas, et 119 (50%) entre deux et cinq cas, ce qui est révélateur du maintien de la transmission au sein de populations clairsemées des régions désertiques.

Les dates du début de l'éruption sont connues dans 418 cas (Fig. 1). Dans le désert d'Ogaden, en Éthiopie, on a relevé pour la période de janvier à août 1976 une pointe en avril. Encore que l'incidence paraisse présenter un tableau analogue en Somalie, le fait ne sera confirmé que lorsque les équipes de surveillance seront entrées en pleine activité dans tout le pays.

FIGURE 1

Somalia: 418 Smallpox Cases by Week of Onset/  
Somalie: 418 cas de variole par semaine d'apparition



*SOURCE: WHO, Weekly Epidemiological Record, Vol. 52, No. 23, 1977.* *SOURCE: Relevé épidémiologique hebdomadaire de l'O.M.S., Vol. 52, N° 23, 1977.*

MONTHLY QUARANTINABLE DISEASES REPORT/ RAPPORT MENSUEL DES MALADIES QUARANTENAIRES			
Week Ending: 29 June, 1977		Semaine se terminant: le 29 juin 1977	
SMALLPOX/VARIOLE	CHOLERA/CHOLERA	YELLOW FEVER/ FIEVRE JAUNE	PLAGUE/PESTE
<u>Infected Areas/ Régions infectées</u> Somalia / Somalie Ethiopia / Ethiopie	<u>Infected Areas/ Régions infectées</u> Angola Bangladesh Burma / Birmanie Ghana India / Inde Indonesia / Indonésie Japan / Japon Kenya Liberia / Libérie Malawi Malaysia / Malaisie Mozambique Nepal / Népal Nigeria / Nigéria Philippines Socialist Republic of Viet Nam / République Socialiste du Viet Nam Togo	<u>Infected Areas/ Régions infectées</u> Angola Bolivia / Bolivie Colombia / Colombie Ghana Nigeria / Nigéria Peru / Pérou Sudan / Soudan Zaire / Zaïre	<u>Infected Areas/ Régions infectées</u> Brazil / Brésil Burma / Birmanie Lesotho Madagascar Socialist Republic of Viet Nam/ République Socialiste du Viet Nam Zaire / Zaïre
<u>Endemic Areas/ Régions endémiques</u>	<u>Endemic Areas/ Régions endémiques</u> Singapore	<u>Endemic Areas/ Régions endémiques</u>	<u>Endemic Areas/ Régions endémiques</u>

*SOURCE: Weekly Quarantinable Diseases Report, Quarantine and Regulatory, Medical Services Branch, Department of National Health and Welfare. / Rapport hebdomadaire des maladies quaranténaires, Quarantaine et Réglementation, Direction générale des services médicaux, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.*

This 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 from anyone working in the health field and will not preclude publication elsewhere.

Editor: Mr. Roy West  
Assistant Editor: R.D. Pilon, Acting for E. Paulson  
Editorial Assistant: W. Lynn

Bureau of Epidemiology,  
Laboratory Centre for Disease Control,  
Tunney's Pasture,  
OTTAWA, Ontario,  
Canada. K1A 0L2

Le présent Rapport, 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 et la publication d'un article dans le présent Rapport n'en empêche pas la publication ailleurs.

Rédacteur en chef: M. Roy West  
Rédacteur en chef adjoint: R.D. Pilon assurant l'intérim de E. Paulson  
Auxiliaire de rédaction: W. Lynn

Bureau d'épidémiologie,  
Laboratoire de lutte contre la maladie,  
Parc Tunney,  
Ottawa (Ontario).  
Canada. K1A 0L2