

CA.1.1588

85 NHA W

FEB 14 1977

Health and Welfare Canada Santé et Bien-être social Canada

CANADIANA

Date of publication: February 5, 1977
date de publication: 5 février 1977 vol. 3-6canada diseases
weekly reportrapport hebdomadaire
des maladies au canadaUPDATE ON CHANCROID - MANITOBA

Previous reports have documented an increased incidence of chancroid in Manitoba over the past 18 months (CDWR Vol. 2-12, and Vol. 2-33, 1976). The current report indicates that this outbreak now appears to be on the decline. The reasons for the apparent decline and whether it will be sustained are not yet clear.

As of November 24, 1976, 121 cases of chancroid have been identified in the province of Manitoba since July 1, 1975. Eighty-seven of the patients have been male and 34 female (a ratio of 2.6:1). The majority of the patients have been Native Indian or Métis. The acquisition of disease has occurred in the core area of Winnipeg, with the possible exception of two early cases who mentioned contacts in Alberta, one case with a contact in Brandon and one contact in Sault Ste. Marie (who was exposed to a male with recent contact in Winnipeg). Four other patients not living in Winnipeg had contact in the core area of the city. There has been a rapid decline in the number of cases since August and September, 1976, when a total 29 cases were seen. Only five cases were observed during the months of October and November, 1976. An organism compatible with *Hemophilus ducreyi* has been isolated from the primary lesions of nine patients, and in four patients from pure culture of inguinal bubo. Patients have responded well to sulfonamides or tetracycline.

CLINICAL DESCRIPTION

Genital Lesion: Occurs 2-14 days after exposure. It is usually a painful, soft, irregular ulcerated lesion, single or multiple, located on or under the foreskin in the male, and most often at the fourchette in the female.

Inguinal Bubo: Single or multiple adherent, predominantly unilateral, painful lymph nodes account for approximately half of the chancroid patient's initial visit to physicians. With longstanding infection the lymph nodes may become fluctuant.

LABORATORY PROCEDURES

- 1) Darkfield examination of the genital sore to rule out syphilis -- or two smears of material from the ulcer base dried on glass slides and sent to a public health laboratory.
- 2) Urethral or cervical swab (in males and females respectively) for gram stain and culture on Thayer Martin media or chocolate agar to rule out concomitant gonococci.

MISE À JOUR À PROPOS DU CHANCRE MOU - MANITOBA

Les comptes rendus précédents avaient signalé une augmentation de l'incidence du chancre mou dans le Manitoba au cours des derniers 18 mois (R.H.M.C. Vol. 2-12 et Vol. 2-33, 1976). Le présent rapport indique que cette poussée semble actuellement diminuer. Les raisons de ce déclin apparent n'ont pas encore été clairement établies et on ignore s'il va se poursuivre.

Du 1^{er} juillet 1975 au 24 novembre 1976, 121 cas de chancre mou ont été identifiés dans la province du Manitoba. Quarante-vingt sept patients étaient des hommes et 34 des femmes (rapport de 2.6:1). La majorité des patients étaient des Indiens autochtones ou des Métis. La maladie a été contractée dans le centre de Winnipeg, à l'exception peut-être de 2 cas précoces qui ont signalé des contacts en Alberta, d'un cas avec contact à Brandon et d'un cas avec contact à Sault Ste Marie (sujet-contact exposé à un homme qui avait lui-même eu des contacts à Winnipeg). Quatre autres patients qui n'habitaient pas Winnipeg ont été contaminés dans le quartier central de la ville. Une diminution rapide du nombre de cas a été observée depuis août et septembre 1976, époque à laquelle 29 cas étaient dénombrés. Cinq cas seulement ont été observés au cours d'octobre et novembre 1976. Un micro-organisme ressemblant à *Hemophilus ducreyi* a été isolé chez 9 patients à partir de lésions primaires et chez 4 patients dans des cultures pures effectuées à partir de bubons inguinaux. Les patients ont bien réagi aux sulfamides et à la tétracycline.

DESCRIPTION CLINIQUE

Lésions génitales: Elles surviennent de 2 à 14 jours après le contact. Il s'agit généralement d'une lésion, présentant des ulcérations irrégulières, douloureuse, molle, unique ou multiple, localisée sur ou sous le prépuce chez l'homme et le plus souvent à la fourchette vulvaire chez la femme.

Bubon inguinal: Dans environ la moitié des cas, un patient porteur de chancre mou et qui consulte un médecin pour la première fois présente un ou plusieurs ganglions lymphatiques douloureux; en général, l'infection est unilatérale, et si elle persiste, les ganglions lymphatiques peuvent présenter de la fluctuation.

EXAMENS EN LABORATOIRE

- 1) Examen à l'ultramicroscope de prélèvements de la plaie génitale pour écarter le diagnostic de syphilis ou faire deux frottis d'un échantillon recueilli à la base de l'ulcération, les sécher sur lame et les envoyer à un laboratoire d'hygiène publique.
- 2) Prélèvement urétral ou cervical (chez les hommes et les femmes respectivement) pour effectuer des colorations de Gram et des cultures sur milieu de Thayer Martin ou sur gélose chocolatée en vue de déceler la présence éventuelle de gonocoques.

- 3) Serology for syphilis -- VDRL and FTA-ABS.
- 4) Culture for herpes virus should be considered (where available) for multiple shallow painful genital ulcers.
- 5) Aspiration of a fluctuant inguinal bubo for culture on chocolate agar in CO₂ to look for *Hemophilus ducreyi*, the cause of chancroid. This procedure should only be done if the patient is starting appropriate antibiotic treatment. There is at present no simple way of culturing the genital sore for this organism.

TREATMENT

Sulfonamides are the drug of choice. Gantrisin in a dose of 1 gram p.o. q.i.d. for 7-10 days is effective. Tetracycline 500 mg. q.i.d. for 7-10 days may be used where syphilis and pregnancy are excluded.

SOURCE: Dr. J. Scatliff, Director of Venereal Disease Control, Manitoba, Dr. G. Hammond, Infectious Disease Service, Health Sciences Centre, Winnipeg, and Dr. P. Friesen, Field Epidemiologist, L.C.D.C.

Editorial Comment: An additional 5 cases of chancroid were identified in Manitoba for the month of December. The reasons for increased chancroid activity in that province are not well understood. Reports to date indicate that other provinces are generally free of this venereal disease. However, if chancroid activity is being observed elsewhere, it should be brought to the immediate attention of the appropriate health authorities. Persons interested in further clinical and laboratory details are invited to contact Dr. G. Hammond at the above-noted address.

IMPORTED SHIGELLA DYSENTERIAE - ALBERTA

An adult male, a member of the Canadian Armed Forces, recently became ill with diarrhoea while on duty in the Middle East. His illness lasted only three or four days and isolation of *Shigella dysenteriae* 4 was made shortly after his return to Canada. This is thought to be the first recorded case of shigellosis due to this strain in Alberta. While one type of *Sh. dysenteriae* (type 1 or "Shiga's bacillus") has long been regarded as having the most toxic and invasive potentials of all shigellae, this is not generally considered true of other types of *Sh. dysenteriae*.

SOURCE: Major M.G. Plageman, Canadian Forces Base, Edmonton, and Dr. Margaret Finlayson, Provincial Laboratory of Public Health, University of Alberta, Edmonton.

Editorial Comment: The genus *Shigella* includes four serogroups: Group A (*Sh. dysenteriae*), Group B (*Sh. flexneri*), Group C (*Sh. boydii*), and Group D (*Sh. sonnei*). In Canada, the most common group has been *Sh. sonnei*, accounting for well over 50 percent of all isolations in most years. In some years, such as 1972, *Sh. flexneri* has been more predominant and in other years has consistently accounted for well over 30 percent of all isolations to rank as the second most common serogroup overall.

- 3) Sérologie de la syphilis: tests VDRL et FTA-ABS.
- 4) Cultures pour déceler le virus de l'herpès (si possible) en cas d'ulcérations génitales superficielles multiples et douloureuses.
- 5) Ponction d'un bubon inguinal fluctuant pour effectuer des cultures sur gélose chocolatée en présence de CO₂ en vue de mettre en évidence *Hemophilus ducreyi*, agent pathogène du chancre mou. Cette opération ne doit être effectuée que dans le cas où une antibiothérapie appropriée a déjà été commencée. Pour l'instant, il n'existe aucune méthode simple pour effectuer des cultures de ce micro-organisme à partir des plaies génitales.

TRAITEMENT

La sulfamidothérapie constitue le traitement de choix. La gantrisine par voie orale, à la dose d'un gramme, 4 fois par jour, pendant 7-10 jours est efficace. Lorsque la syphilis et la grossesse sont exclues, on peut prescrire la tétracycline, à raison de 500 mg, 4 fois par jour, pendant 7-10 jours.

SOURCE: D^r J. Scatliff, Directeur du Vénéreel Disease Control, Manitoba, D^r G. Hammond, Infectious Disease Service, Health Sciences Centre, Winnipeg et D^r P. Friessen, épidémiologiste régional, Laboratoire de lutte contre la maladie.

Note de la rédaction: Cinq nouveaux cas de chancre mou ont été identifiés dans le Manitoba depuis décembre. Les raisons de la recrudescence d'activité du chancre mou dans cette province ne sont pas encore entièrement élucidées. Pour l'instant, les rapports provenant des autres provinces indiquent qu'elles sont généralement exemptes de cette maladie vénérienne. Cependant, en cas de découverte d'activité du chancre mou dans les autres provinces, il conviendrait de le signaler immédiatement à l'attention des autorités sanitaires appropriées. Les personnes qui seraient intéressées par d'autres détails cliniques ou concernant des travaux de laboratoire sont invitées à se mettre en rapport avec le D^r Hammond, à l'adresse indiquée ci-dessus.

IMPORTATION DE SHIGELLA DYSENTERIAE - ALBERTA

Un homme adulte, membre des Forces armées canadiennes a récemment contracté une diarrhée pendant son service au Moyen-Orient. La maladie n'a duré que pendant 3 ou 4 jours et *Shigella dysenteriae* 4 a été isolé peu après son retour au Canada. On pense qu'il s'agit du premier cas de cette souche de shigellose enregistré en Alberta. L'un des types de *Sh. dysenteriae* (type 1 ou "Bacille de Shiga") a longtemps été considéré comme le plus toxique et le plus envahissant de tous les *Shigella*, mais ce n'est généralement pas le cas pour les autres types de *Sh. dysenteriae*.

SOURCE: Major M.G. Plageman, Base des Forces armées canadiennes, Edmonton et D^r Margaret Finlayson, Provincial Laboratory of Public Health, Université de l'Alberta, Edmonton.

Note de la rédaction: Le genre *Shigella* comprend 4 groupes sérologiques: Groupe A (*Sh. dysenteriae*), Groupe B (*Sh. flexneri*), Groupe C (*Sh. boydii*) et Groupe D (*Sh. sonnei*). Au Canada, le groupe le plus commun a été *Sh. sonnei*, qui constitue plus de 50 pour cent de tous les isolements effectués, pour la plupart des années. Au cours de certaines années, comme en 1972, *Sh. flexneri* a prédominé et pendant d'autres années, il a régulièrement constitué plus de 30 pour cent de tous les isolements pour se classer second au classement général des groupes sérologiques les plus couramment rencontrés.

In Alberta, the importance of *Sh. flexneri* has been greater than in most provinces, and this serogroup appears to occur more frequently than others. This may be due to the especially high incidence of *Sh. flexneri* in northern native communities. The vast majority of isolations from the Northwest Territories also appear to be of this serogroup.

Of the other serogroups, *Sh. boydii* usually accounts for less than 5 percent of all isolations in Canada, while *Sh. dysenteriae* is consistently less than 1 percent. The current case therefore represents a very uncommon occurrence.

RUBELLA IN A HIGH SCHOOL - ONTARIO

During the period May 1-14, 1975, more than 25 cases of skin rash were reported in a high school in Toronto. The mean age of students with this condition was 16.3 years, with an equal sex distribution. A few students who felt ill consulted their family physicians.

The illness was primarily a rash, first seen on the face and exposed aspects of the arms, and less frequently on the chest and legs, basically an erythema but with maculopapular and occasionally reticulated areas. There was no pyrexia or adenopathy but most patients reported feeling fatigued.

Throat washings and venous blood samples were taken (acute and convalescent) from five students who had marked skin rash present and complained of being ill. Throat washings were also taken from five other students who refused serological investigation. All these samples were sent to the Provincial Laboratory for viral studies. The students were excluded from school and advised to remain at home until they had recovered.

Laboratory results on the throat washings were virus negative, whereas, the paired samples for three students showed greater than four-fold titre rises by the haemagglutination inhibition test for rubella.

<u>ACUTE SAMPLES</u>	<u>CONVALESCENT SAMPLES</u>
1:32	1:256
Neg.	1:512
Neg.	1:128

A survey of the immunization status of students in this high school revealed that a majority had neither been immunized against rubella, nor did they have a history of the disease. Some high school students who missed the school immunization programs for rubella or who have not acquired natural immunity, remain at risk. However, female students are encouraged to have their immunity status for rubella verified at Family Planning Clinics or by their family physicians. Rubella vaccine is offered where indicated, provided the necessary criteria can be fulfilled.

COMMENTS: Measles-rubella immunization for the age group 5-9 years has been offered in school programs only since 1972. Consequently, most high school students, who have not acquired natural immunity, remain susceptible to rubella. This outbreak also highlights the concern relating to the potential for rubella to cause

En Alberta, l'importance de *Sh. flexneri* a été plus grande que dans la plupart des autres provinces et ce groupe sérologique semble se manifester plus souvent que les autres. Ce phénomène peut être lié à l'incidence particulièrement élevée de *Sh. flexneri* dans les collectivités d'autochtones du Nord canadien. La majorité des isolements des Territoires du Nord-Ouest appartiennent également à ce groupe sérologique.

Parmi les autres groupes sérologiques, *Sh. boydii* compte habituellement pour moins de 5 pour cent de tous les isolements du Canada, tandis que *Sh. dysenteriae* compte régulièrement pour moins de 1 pour cent. En conséquence, le cas relaté ci-dessus revêt un caractère exceptionnel.

RUBÉOLE DANS UNE ÉCOLE SECONDAIRE - ONTARIO

Au cours de la période du 1^{er} au 14 mai 1975, plus de 25 cas de rash ont été signalés dans une école secondaire de Toronto. L'âge moyen des élèves qui présentaient ce symptôme était de 16,3 ans, avec une proportion égale de filles et de garçons. Quelques élèves qui se sentaient malades avaient consulté leur médecin de famille.

Le principal symptôme était un rash, se présentant essentiellement sous forme d'un érythème caractérisé par des zones maculo-populaires et quelquefois réticulées, apparaissant d'abord à la face et sur les régions exposées des bras et, moins fréquemment, sur la poitrine et les jambes. Les patients ne présentaient pas de pyrexie, ni d'adénopathie mais ils se sentaient fatigués.

Des prélèvements de gorge et de sang veineux (au stade aigu et au stade de convalescent) ont été effectués chez 5 élèves qui présentaient un rash prononcé et qui se sentaient souffrants. Des prélèvements de gorge ont également été faits chez 5 autres élèves qui ont refusé de se soumettre aux épreuves sérologiques. Tous ces échantillons ont été envoyés au laboratoire provincial pour examens virologiques. Les élèves ont été exclus de l'école et on leur a conseillé de rester chez eux jusqu'à leur guérison.

Aucun virus n'a été mis en évidence dans les prélèvements de gorge, mais les épreuves d'inhibition de l'hémagglutination pour la rubéole ont montré que, chez 3 élèves, les sérums couplés présentaient des titres plus de quatre fois plus élevés.

<u>ÉCHANTILLONS DE SÉRUMS À LA PHASE AIGUË</u>	<u>ÉCHANTILLONS DE SÉRUMS DE CONVALESCENTS</u>
1:32	1:256
Négatif	1:512
Négatif	1:128

Une enquête sur les antécédents de vaccination des élèves de l'école a révélé que la majorité d'entre eux n'avaient jamais été vaccinés contre la rubéole et qu'ils n'avaient pas contracté la maladie. Certains étudiants qui n'ont pas bénéficié du programme de vaccination contre la rubéole et qui n'ont pas acquis une immunité naturelle, continuent à présenter un risque. Cependant, on incite les écolières à contacter un centre de planification familiale ou à consulter leur médecin de famille au sujet de leurs antécédents de vaccination. En cas de besoin, le vaccin antirubéoleux peut être obtenu si les conditions requises sont remplies.

OBSERVATIONS: Le programme de vaccination contre la rubéole et la rougeole, destiné aux enfants âgés de 5 à 9 ans, n'a été instauré dans les écoles que depuis 1972. Par conséquent, la plupart des élèves des écoles secondaires qui n'ont pas acquis une immunité naturelle sont toujours susceptibles de contracter la rubéole. La présente poussée exemplifie les préoccupations relatives au danger potentiel

the Congenital Rubella Syndrome (C.R.S.) in infants borne by susceptible females. Prenatal monitoring indicates that maternal susceptibility to rubella currently exceeds 13% in Ontario. An unnecessary hazard, rubella and the Congenital Rubella Syndrome are preventable through the available recommended immunization schedules. Females contemplating pregnancy can reduce this hazard by ascertaining preconceptual immunity against rubella.

SOURCE: Dr. A.M. Egbert, Medical Officer of Health, Borough of York Health Department, submitted through the Community Health Protection Branch and Dr. J.M. Joshua, Ontario Ministry of Health.

Erratum - Vol. 2-42, p. 166

The last sentence of the "Editorial Comment" should read "The name given to the virus is said to commemorate the death of a Canadian scientist, Dr. Brebner, from whom Dr. Sabin first isolated the virus in the 1930's".

de syndrome de rubéole congénitale (S.R.C.), occasionné par la rubéole, chez les nourrissons nés de mères non immunisées. Les services de surveillance prénatale indiquent que, actuellement, 13% des femmes enceintes de l'Ontario sont susceptibles de contracter la rubéole. La rubéole et le syndrome de rubéole congénitale constituent des risques inutiles et ces deux affections peuvent être évitées en se conformant aux recommandations du calendrier des vaccinations disponibles. Les femmes qui envisagent l'éventualité d'une grossesse peuvent diminuer le risque de contracter ces maladies en se faisant vacciner contre la rubéole avant la conception.

SOURCE: D^r A.M. Egbert, médecin-hygiéniste, Borough of York Health Department, présenté par l'intermédiaire de la Community Health Protection Branch et D^r J.M. Joshua, ministère de la Santé de l'Ontario.

Erratum - Vol. 2-42, p. 166

La dernière phrase de la "Note de la rédaction" doit se lire comme suit: "Le nom donné au virus commémore le nom d'un chercheur canadien, le D^r Brebner, chez qui le D^r Sabin a isolé le virus pour la première fois, dans les années 30".

MONTHLY QUARANTINABLE DISEASES REPORT/ RAPPORT MENSUEL DES MALADIES QUARANTENAIRES			
Week Ending: 27 January, 1977		Semaine se terminant: le 27 janvier 1977	
SMALLPOX/VARIOLE	CHOLERA/CHOLÉRA	YELLOW FEVER/ FIÈVRE JAUNE	PLAGUE/PESTE
Infected Areas/ Régions infectées	Infected Areas/ Régions infectées	Infected Areas/ Régions infectées	Infected Areas/ Régions infectées
Somalia / Somalie	Bangladesh Benin / Bénin Burma / Birmanie Cameroon / Cameroun Cape Verde Islands / Îles du Cap Vert Gaza Ghana India / Inde Indonesia / Indonésie Kenya Liberia / Libéria Malawi Malaysia / Malaisie Nepal / Népal Nigeria / Nigéria Philippines Southern Rhodesia / Rhodésie du Sud Socialist Republic of Viet Nam / République Socialiste du Viet Nam	Angola Bolivia / Bolivie Colombia / Colombie Ecuador / Équateur Ghana Nigeria / Nigéria Peru / Pérou Sudan / Soudan Zaire / Zaïre	Bolivia / Bolivie Brazil / Brésil Burma / Birmanie Ecuador / Équateur Lesotho Madagascar Mozambique Socialist Republic of Viet Nam / République Socialiste du Viet Nam
Endemic Areas/ Régions endémiques	Endemic Areas/ Régions endémiques	Endemic Areas/ Régions endémiques	Endemic Areas/ Régions endémiques

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: Dr. F.M.M. White
Assistant Editor: 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 œuvrant 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: D^r F.M.M. White
Rédacteur en chef adjoint: E. Paulson
Auxiliaire de rédaction: W. Lynn

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