

OCT 8 1986



Canada Diseases Weekly Report

ISSN 0382-232X

DISEASE CONTROL BIBLIOTHEQUE

CENTRE DE LUTTE CONTRE
LA MALADIE BIBLIOTHÈQUE

OCT 21 1992

Rapport hebdomadaire des maladies au Canada

Date of publication: October 4, 1986
Date de publication: 4 octobre 1986

Vol. 12-40

CONTAINED IN THIS ISSUE:

Two Cases of Clinical Tetanus - British Columbia	179
Reporting of AIDS Cases in Canada	180
Cholera - An Example Worth Following	181
Reminder	181
Announcements	182

CONTENU DU PRÉSENT NUMÉRO:

Deux cas de tétonos clinique - Colombie-Britannique	179
Déclaration des cas de SIDA au Canada	180
Choléra - Un exemple à suivre	181
Rappel	181
annonces	182

TWO CASES OF CLINICAL TETANUS - BRITISH COLUMBIA

Case No. 1: A 32-year-old male appeared in the outpatient department of the Cassiar Hospital in the northern interior of the province at the end of October 1985 with a brief history (a few hours) of having become faint and experiencing spasms. His speech was slurred and he fainted.

One week previously he had a minor laceration from falling and bumping his elbow. He had also bumped his left leg. His last tetanus immunization had been at age 15 while still at school.

Tetanus was considered, and on examination he was noted to have sudden bouts of tensing his whole body. His blood pressure was normal, and routine examination showed no abnormalities apart from a tense abdomen. It was decided following consultation to treat this patient for tetanus.

Since his illness had sudden onset, it was felt that his condition might deteriorate, so he was immediately transferred by plane to Whitehorse in the Yukon Territory. Although he did not require intubation, he suffered several episodes of muscle spasm during the journey. These were partially treated with diazepam. He also received 3000 units of tetanus immune globulin, tetanus toxoid, and was started on antibiotics.

He was kept in hospital in Whitehorse for exploration and debridement of his minor laceration, and was discharged 3 days later.

On follow-up in April 1986, the patient described painful muscle spasms which initially had occurred hourly and lasted for 30 seconds; gradually the time intervals increased, with disappearance over a 3-week period.

Clinically, it is considered that this patient suffered from tetanus, modified by tetanus immune globulin and toxoid. It should be noted that 17 years had elapsed since his last dose of tetanus toxoid.

Case No. 2: A 23-year-old male in Quesnel was seen by his doctor on 4 April 1986 because he had difficulty speaking, had quite definite trismus and could only open his mouth about 1 cm. He had a very disturbing, uneasy feeling inside his mouth and was jumpy and jittery, generally feeling unwell. Apparently his most recent injury had occurred 1 week earlier when he cut his tongue

DEUX CAS DE TÉTONOS CLINIQUE - COLOMBIE-BRITANNIQUE

Cas no 1: À la fin d'octobre 1985, un homme de 32 ans se présente au Service de consultations externes de l'Hôpital de Cassiar, dans le centre nord de la province. Il explique que, depuis quelques heures, il se sent faible et est pris de spasmes. Le malade a de la difficulté à parler et s'évanouit.

Une semaine auparavant, il a subi une laceration mineure au coude et s'est frappé la jambe gauche lors d'une chute. À sa dernière vaccination antitétanique, il avait 15 ans et fréquentait encore l'école.

Le tétonos est évoqué; à l'examen, on note des accès de contractures généralisées. La tension artérielle est normale et, exception faite de la tension abdominale, l'examen de routine ne révèle rien de particulier. Après consultation, on décide d'un traitement antitétanique.

L'apparition soudaine de la maladie fait craindre une détérioration rapide; on décide donc de transporter immédiatement le malade à Whitehorse (Yukon), par avion. L'intubation n'est pas nécessaire, mais le malade est victime de plusieurs épisodes de spasmes musculaires pendant son transfert. Ces accès sont traités en partie avec du diazépam. On administre aussi 3000 unités d'immunoglobuline antitétanique et d'anatoxine tétanique; une antibiothérapie est amorcée.

Le malade est hospitalisé à Whitehorse pendant 3 jours, à des fins d'examen et de parage de la laceration mineure.

À l'examen de suivi pratiqué en avril 1986, le sujet décrit des spasmes musculaires douloureux de 30 secondes s'étant d'abord produits à des intervalles d'une heure, pour s'espacer progressivement et disparaître complètement au bout de 3 semaines.

Sur le plan clinique, on considère qu'il s'agit d'un cas de tétonos modifié par l'administration d'immunoglobuline antitétanique et d'anatoxine. Il importe de souligner que la dernière dose d'anatoxine tétanique remontait à 17 ans.

Cas no 2: Le 4 avril 1986, un homme de Quesnel, âgé de 23 ans, consulte son médecin en raison d'une difficulté d'élocution, d'un trismus manifeste, et de l'impossibilité d'ouvrir la bouche de plus d'un cm. Il a une sensation étrange et désagréable dans la bouche, manifeste une grande nervosité et ne se sent vraiment pas bien. Apparemment, sa blessure la plus récente s'est produite 1 semaine auparavant

Second Class Mail Registration No. 5670

Courrier de la deuxième classe - Enregistrement n° 5670



Health and Welfare
Canada Santé et Bien-être social
Canada

on a bottle while indulging in alcoholic beverages. He also told a public health nurse that he had cut himself on the upper left thigh with a power saw sometime in the previous 3 weeks. He had not sought medical attention for this laceration; he had cleaned the wound himself. He said the power saw was dirty with grease and grime. On 4 April, he was admitted to hospital and given tetanus immune globulin 500 U IM and tetanus toxoid 1 cc in addition to tetracycline 550 mg q 6 h x 3 IV, diazepam 5 mg q 6 h, and phenobarbital 60 mg q 8 h. On 9 April his doctor reported that he was fully recovered.

According to his Health Unit record, this young man had received the recommended immunization as a child. However, he did not recall receiving any vaccines during high school and it would appear that he had not received a booster injection for tetanus within the last 10 years.

Comment: These are 2 further case reports of clinical tetanus occurring in young adults who received a basic tetanus immunization series in childhood, without subsequent booster doses. Injured persons fall into 2 categories:

- a) those who have received 3 or more prior doses of tetanus toxoid; and
- b) those who cannot recall how many doses of tetanus toxoid they have received, or who have received only 1 or 2 prior doses.

A simplified schedule of tetanus wound management recommendations has been developed by the United States Immunization Practices Advisory Committee⁽¹⁾, and a clean minor wound in an individual with a history of 3 or more doses of prior tetanus toxoid requires a further dose if more than 10 years have elapsed since the last dose. Similarly all other wounds require a further toxoid dose if more than 5 years have elapsed since the last dose. In the absence of wounds, boosting is recommended at 10-year intervals throughout adult life.

Reference:

1. CDC. MMWR 1985; 34:405-414, 419-426.

SOURCE: MC Crawford, MD, Cassiar; M Gradvitz, Acting Senior Public Health Nurse, Cariboo Health Unit, Quesnel; T Johnstone, MB, BS, formerly Director, Division of Epidemiology, BC Ministry of Health, Victoria, B.C.

REPORTING OF AIDS CASES IN CANADA

Readers will note several changes to the data reported for AIDS in the Notifiable Disease Summary included with this issue of CDWR. First, comparative data on AIDS for 1985 are now included (and are also available on the CANSIM data base used to produce the report.) Second, AIDS cases are now recorded by Statistics Canada according to the date reports are received at the National AIDS Centre, Health and Welfare. This change in reference date is expected to provide more complete current data for disease surveillance. In the 4-week periods since January 1986, when AIDS was first included on the list of notifiable diseases, the date used to report AIDS to Statistics Canada has been the date of the notification by the physician. However, the length of time involved in transmitting AIDS notification forms through several levels of reporting has meant that data published in the Summary so far this year have been incomplete since adjustment for late cases was not normally made until year end. Readers are therefore asked to bear this in mind when using previously published data on AIDS. More detailed information is distributed monthly upon request to the National AIDS Centre, Room B7, Health Protection Building, Tunney's Pasture, Ottawa, Ontario, K1A 0L2, or telephone (613) 957-1772.

lorsqu'il s'est coupé la langue sur une bouteille de boisson alcoolique. Il précise également à une infirmière de santé publique qu'il s'est coupé avec une tronçonneuse au haut de la cuisse gauche, au cours des 3 semaines précédentes. Il n'a pas fait voir la laceration à un médecin et l'a nettoyée lui-même. La tronçonneuse était sale et couverte de graisse. Le 4 avril, il est hospitalisé et reçoit des immunoglobulines antitétaniques (500 U i.m.) et 1 cc d'anatoxine téstanique, ainsi que la tétracycline (550 mg q. 6 h x 3 i.v.), du diazépam (5 mg q. 6 h), et du phénobarbital (60 mg q. 8 h). Le 9 avril, son médecin le déclare complètement rétabli.

Selon la fiche du Service sanitaire, il a reçu l'immunisation recommandée étant enfant. Cependant, il ne se souvient pas d'avoir été vacciné pendant son secondaire; il n'aurait reçu aucune dose de rappel antitétanique depuis 10 ans.

Commentaires: Il s'agit de 2 autres cas de téstanos clinique chez des jeunes adultes ayant fait l'objet d'une immunisation antitétanique de base étant enfants, mais n'ayant reçu aucune dose de rappel depuis. Il y a 2 catégories de blessés:

- a) ceux qui ont déjà reçu au moins 3 doses d'anatoxine téstanique; et
- b) ceux qui ne se souviennent pas du nombre de doses d'anatoxine téstanique qui leur ont été administrées, ou qui n'en ont pas reçu plus de 2.

L'Immunization Practices Advisory Committee des États-Unis a préparé un tableau simplifié sur le traitement antitétanique recommandé pour les plaies⁽¹⁾; on y précise qu'une plaie mineure propre chez un sujet ayant reçu au moins 3 doses d'anatoxine téstanique exige l'administration d'une autre dose si la dernière remonte à plus de 10 ans. Pour ce qui est des autres plaies, elles exigent l'administration d'une autre dose si la dernière date de plus de 5 ans. En l'absence de plaie, on recommande des doses de rappel à des intervalles de 10 ans, tout au long de la vie adulte.

Référence:

1. CDC. MMWR 1985; 34:405-414, 419-426.

SOURCE: Dr MC Crawford, Cassiar; M Gradvitz, Infirmière principale de santé publique par intérim, Service sanitaire Cariboo, Quesnel; Dr T Johnstone, Ancien directeur de la Division d'épidémiologie, ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, Victoria (Colombie-Britannique).

DÉCLARATION DES CAS DE SIDA AU CANADA

Nous portons à votre attention plusieurs changements dans les données sur le SIDA au Sommaire des maladies à déclaration obligatoire du présent numéro. Premièrement, nous donnons maintenant des données comparatives pour 1985 (lesquelles sont aussi comprises dans la base de données CANSIM qui sert à compiler le rapport.) Deuxièmement, Statistique Canada enregistre dorénavant les cas de SIDA selon la date où ils sont reçus au Centre national sur le SIDA, de Santé et Bien-être. Cette façon de consigner la date de référence devrait permettre de fournir des renseignements plus complets sur les cas courants aux fins de la surveillance épidémiologique. Pour les périodes de 4 semaines depuis janvier 1986, où la déclaration du SIDA est devenue obligatoire, la date communiquée à Statistique Canada était la date à laquelle le médecin avait signalé le cas. Comme les formules prévues à cet effet devaient traverser plusieurs niveaux avant de nous parvenir, les données publiées jusqu'à maintenant cette année dans le Sommaire étaient incomplètes car les corrections pour tenir compte des cas tardifs n'étaient habituellement faites qu'en fin d'année. Nous prions donc nos lecteurs d'en prendre note lorsqu'ils auront à utiliser des données publiées antérieurement sur le SIDA. Des renseignements plus détaillés sont préparés mensuellement par le Centre national sur le SIDA et disponibles sur demande à l'adresse suivante: Pièce B7, Immeuble de la protection de la santé, Parc Tunney, K1A 0L2 (au téléphone: (613) 957-1772).

***** STATISTICS CANADA - STATISTIQUE CANADA *****

Notifiable Diseases Summary - Sommaire des maladies à déclaration obligatoire

New Cases Reported for the Four Week Period Ending August 30, 1986.
Nouveaux cas déclarés pour la période de quatre semaines se terminant le 30 août 1986.

No. Disease No. Maladie	ICD-9 CIM-9	Canada			Newfoundland			Prince Edward Island			Nova Scotia			New Brunswick			Québec		
					Terre-Neuve			Île-du-Prince Édouard			Nouvelle-Écosse			Nouveau-Brunswick					
		Cur. Cou.	Cum. 86	Cum. 85	Cur. Cou.	Cum. 86	Cum. 85	Cur. Cou.	Cum. 86	Cum. 85	Cur. Cou.	Cum. 86	Cum. 85	Cur. Cou.	Cum. 86	Cum. 85	Cur. Cou.	Cum. 86	Cum. 85
1. AIDS - SIDA		25	268	121	-	-	-	-	-	-	-	3	2	-	2	1	16	81	22
2. Amoebiasis - Amibiase	006	126	1065	1098	-	1	2	-	-	-	4	15	33	-	1	-	8	62	36
3. Botulism - Botulisme	005.1	3	5	!	-	1	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4. Brucellosis - Brucellose	023	-	5	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	2	
5. Campylobacteriosis -																			
6. Chickenpox - Varicelle	052	1339	5866	..	10	37	..	-	-	-	18	101	..	26	54	..	65	67	..
7. Cholera - Choléra	001	569	25298	..	14	434	..	-	-	-	-	706	..	2	8	..	-	-	-
8. Diphtheria - Diphtérie	032	-	2	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
9. Giardiasis - Giardiasie	007.1	1004	4926	4350	2	36	39	-	15	6	13	64	78	-	4	3	39	257	226
10. Gonococcal Infections -																			
Infections gonococciques (1)	098	2925	22642	25810	43	312	408	-	36	28	70	641	840	30	287	332	573	3137	2480
11. Gono Ophth neonat - Oph gono du nouveau-né	098.4	-	2	4	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
12. Haemophilus influenzae B - invasive		55	287	..	1	8	..	-	-	-	1	14	..	2	9	..	23	23	..
13. Hepatitis A	070.0, 070.1	67	1005	1889	-	7	7	-	-	-	-	5	10	-	6	4	37	24	
14. Hepatitis B	070.2, 070.3	170	1455	1330	-	2	9	-	-	-	2	12	16	-	13	4	41	396	162
15. Hepatitis other -																			
Hépatite autres (2)		17	187	130	-	-	-	1	14	10	-	-	-	-	3	-	13	46	34
16. Legionellosis - Légionellose		6	35	..	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	..
17. Leprosy - Lépre	030	2	21	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
18. Malaria - Paludisme	084	23	192	153	-	-	-	-	-	-	1	1	-	1	2	2	10	2	
19. Measles - Rougeole	055	263	14217	2031	1	6	1	-	-	-	10	1417	21	4	136	4	2	59	116
20. Pneumococcal meningitis -																			
Méningite à pneumocoques (3)	320.1	6	58	47	-	1	-	-	-	-	-	1	2	-	2	2	-	-	-
21. Other bact. meningitis -		12	91	75	-	-	3	-	-	-	-	-	1	-	1	2	-	-	-
22. Viral meningitis - méningite virale (5)		62	189	156	-	-	-	-	-	-	-	1	3	-	-	-	9	11	
23. Meningococcal infections -																			
Infections à méningocoques	036	17	148	135	-	1	4	-	-	-	-	3	1	-	1	2	6	49	35
24. Mumps - Oreillons	072	22	405	..	-	2	..	-	-	-	3	..	-	1	..	1	1	2	..
25. Paratyphoid -																			
Paratyphoïde	002.1-002.9	2	28	11	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2	1
26. Pertussis - Coqueluche	033	179	1342	1036	1	33	2	-	37	32	42	290	35	2	14	5	14	132	41
27. Plague - Peste	020	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
28. Poliomyelitis - Poliomylélite	045	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
29. Rabies - Rage	071	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
30. Rubella - Rubéole	056	142	1916	1892	48	114	8	-	-	-	3	2	5	54	7	7	93	441	
31. Congenital Rubella -																			
Rubéole congénitale	771.0	-	4	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-
32. Salmonellosis - Salmonellose (6)	003	1240	6113	4782	15	71	80	-	33	27	30	107	110	9	69	53	151	786	550
33. Shigellosis - Shigellose	004	121	973	837	-	-	-	1	-	-	8	10	-	3	1	19	113	63	
34. Syphilis, Early, Symptomatic -																			
Symptomatique, récent	091	41	423	533	-	-	1	-	-	-	-	1	6	-	1	-	16	99	76
35. Other - Autres	090, 092-097	129	980	1009	-	-	1	-	-	-	-	3	6	-	-	-	43	331	172
36. Tetanus - Tétanos	037	-	3	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
37. Trichinosis - Trichinose	124	1	7	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
38. Tuberculosis - Tuberculose	010-018	171	965	1061	7	30	20	-	1	1	3	18	21	2	14	26	57	239	161
39. Typhoid - Typhoïde	002.0	9	36	28	-	-	-	-	-	-	1	1	-	3	4	-	1	4	5
40. Yellow Fever - Fièvre jaune	060	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

(1) Includes all 098 categories except 098.4. - Comprend toutes les rubriques 098, sauf 098.4.

(2) Includes 070.4 to 070.9 and unspecified. - Comprend 070.4 à 070.9 et sans précision.

(3) Includes encephalitis. - Comprend encéphalite.

(4) All other categories except Haemophilus 320.0, Meningococcal 036 and Tuberculosis 013.0. - Toutes les autres rubriques sauf à Haemophilus 320.0, méningocoques 036 et tuberculose 013.0.

(5) All categories except Measles 055, Poliomyelitis 045, Rubella 056, Yellow Fever 060. - Toutes les rubriques sauf rougeole 055, poliomylélite 045, rubéole 056, fièvre jaune 060.

(6) Excludes Typhoid 002.0 and Paratyphoid 002.1 to 002.9. - Sauf typhoïde 002.0 et paratyphoïde 002.1 à 002.9.

NOTE: Cumulative totals for both years correspond to the same period of time.

NOTE: 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.

In most provinces, AIDS cases are reported by physicians on notification forms which are sent to provincial epidemiologists. Cases are then reviewed at the provincial level to eliminate duplicate reports and ascertain the accuracy of the diagnosis prior to transmitting the information to the National AIDS Centre. In the case of Quebec, notifications are sent to a special committee on AIDS which review cases every 6 to 8 weeks prior to transmitting them to Health and Welfare. Thus readers may occasionally note that no cases were reported during a given 4-week period for that province.

In an effort to increase timeliness of case reporting, officials from Health and Welfare have been working closely with provincial epidemiologists to develop an on-line system for reporting data electronically. Six provinces have thus far joined the network which provides facilities for feedback tables as well as case reporting. The anticipated expansion of this network to all provinces is expected to result in more accurate and timely reporting of notifiable diseases in general in Canada.

SOURCE: *Leslie Gaudette, BSc, Project Manager, Disease Registries, Health Division, Statistics Canada; Kim Elmslie, MSc, National AIDS Centre, Health and Welfare Canada.*

International Notes

CHOLERA - AN EXAMPLE WORTH FOLLOWING

On 29 July 1986, an indigenous case of cholera was diagnosed in Hong Kong and WHO was notified at once by the Director of Medical and Health Services.

The occurrence of 3 further cases during the next few days led the health authorities to declare the territory infected on 2 August; they immediately notified WHO, which disseminated this information via the Automatic Telex Reply Service (ATRS) and published it in the **Weekly Epidemiological Record**.

Altogether 22 cholera cases were diagnosed and notified at once to WHO, which received detailed epidemiological reports as they became available. The last indigenous case was reported on 6 August, and Hong Kong was declared free from cholera on 19 August: this information was transmitted without delay via the ATRS.

This sequence of events is worth noting since it is an example, unfortunately all too uncommon, of strict compliance with the procedures laid down by the International Health Regulations.

This responsible attitude also benefited Hong Kong, since by providing the necessary information regularly and without delay, the Hong Kong health authorities enabled WHO to reply accurately to the many enquiries received, to prevent the spread of wild rumours, and to ensure that lack of information did not lead countries or agencies to take measures prejudicial to Hong Kong's economic or tourist interests.

It is to be hoped that more and more countries will follow this example and realize that it is in their own interest to provide WHO with full information promptly.

SOURCE: *WHO Weekly Epidemiological Record, Vol 61, No 36, 1986.*

Reminder

AIDS: A MULTI-FACETED PERSPECTIVE

This 1-day health symposium, sponsored by the AIDS Committee of Cambridge, Kitchener, Waterloo and Area, will be held on 29 October 1986 in Kitchener, Ontario. The program will consist of the following 5 workshops: education, research, health care, reportability and confidentiality, and insurance.

Dans la plupart des provinces, les médecins signalent les cas de SIDA à l'épidémiologiste provincial concerné au moyen du formulaire spécial prévu à cet effet. Celui-ci examine les rapports reçus afin d'éliminer les doubles et d'établir la justesse du diagnostic avant d'en faire part au Centre national sur le SIDA. Pour ce qui est du Québec, les déclarations de cas sont envoyées à un comité spécial qui se réunit à toutes les 6 ou 8 semaines pour revoir les exposés de cas de SIDA avant de les communiquer à Santé et Bien-être. C'est ce qui explique les périodes de 4 semaines où aucun cas n'est signalé par cette province.

Dans un effort pour accélérer la déclaration des cas au fédéral, des spécialistes de Santé et Bien-être ont travaillé en étroite collaboration avec les épidémiologistes provinciaux afin de mettre au point un système informatique de déclaration en direct. Jusqu'à maintenant, six provinces se sont jointes au réseau électronique de communications, qui est capable de fournir des tableaux récapitulatifs aussi bien que d'enregistrer les cas nouveaux. L'extension prévue de ce réseau de façon à englober toutes les provinces devrait permettre un enregistrement plus précis et rapide de toutes les maladies à déclaration obligatoire au Canada.

SOURCE: *Leslie Gaudette, BSc, Chargée de projet, Registres des maladies, Division de la santé, Statistique Canada; Kim Elmslie, MSc, Centre national sur le SIDA, Santé et Bien-être social Canada.*

Notes internationales

CHOLÉRA - UN EXEMPLE À SUIVRE

Le 29 juillet 1986, 1 cas indigène de choléra était diagnostiqué à Hong Kong et notification en était immédiatement faite à l'OMS par le Directeur de la Santé.

La survenue de 3 autres cas les jours suivants amenait les autorités sanitaires, le 2 août, à déclarer le territoire comme infecté et elles en avaient immédiatement l'OMS qui pouvait diffuser cette information par le Service automatique de Réponse par Télex (SART) et la publier dans le **Relevé épidémiologique hebdomadaire**.

Au total 22 cas de choléra furent diagnostiqués et aussitôt portés à la connaissance de l'OMS qui recevait au fur et à mesure des rapports épidémiologiques détaillés. Le dernier cas indigène fut constaté le 6 août et Hong Kong fut déclaré comme redevenu indemne le 19 août, cette information étant retransmise sans délai par le SART.

Ces faits méritent d'être cités car ils sont un exemple malheureusement trop rare de l'observation stricte des procédures prescrites par le Règlement sanitaire international.

Cette attitude responsable permet également de souligner qu'elle a été profitable à Hong Kong, car en fournissant régulièrement et sans retard les informations utiles, les autorités sanitaires de Hong Kong ont permis à l'OMS de répondre avec exactitude aux nombreuses questions qui lui étaient adressées, de prévenir la propagation de rumeurs incontrôlées et d'éviter que, faute d'information, certains pays ou organismes prennent des mesures préjudiciables aux activités économiques et touristiques de Hong Kong.

Il est souhaitable que de plus en plus de pays suivent un tel exemple et réalisent que la fourniture rapide d'informations complètes à l'OMS est dans leur propre intérêt.

SOURCE: *Relevé épidémiologique hebdomadaire de l'OMS, Vol 61, n° 36, 1986.*

Rappel

AIDS: A MULTI-FACETED PERSPECTIVE

Ce symposium d'une journée, parrainé par le Comité SIDA de la région de Cambridge, Kitchener et Waterloo, aura lieu le 29 octobre 1986 à Kitchener, Ontario. Cinq ateliers porteront sur les points suivants: information et sensibilisation, recherche, soins médicaux, déclaration des cas et confidentialité, et enfin, assurance.

Registration fee is \$50 (includes handout materials, lunch and coffee breaks). For additional information and registration forms, contact The AIDS Committee of Cambridge, Kitchener, Waterloo and Area, c/o Gordon Youngman, Treasurer and Symposium Co-ordinator, 505-50 Mooregate Crescent, Kitchener, Ontario, N2M 5G6 (Tel.: (519) 576-2127).

Announcements

ZONOSES IN ONTARIO

This 1-day seminar, sponsored by the Ontario Veterinary College, University of Guelph, the Society of Medical Officers of Health of Ontario, and the Division of Continuing Education, University of Guelph, will be held in Guelph on 14 November 1986. Its purpose is to outline the important zoonotic infections of animals in Ontario, with particular emphasis on their epidemiology and prevalence, and to stimulate further effort in their control. It is designed for Medical Officers of Health, Public Health Inspectors, Veterinarians concerned with zoonotic disease, and others concerned professionally with the safety of occupational risk groups.

Registration fee is \$45 and enrolment is strictly limited. Deadline for registration is 1 November.

For further information and registration forms, contact the **Division of Continuing Education, University of Guelph, Guelph, Ontario, N1G 2W1**, (Tel.: (519) 824-4120 ext. 3956/3064).

DAY SEMINAR IN INFECTION CONTROL

Toronto Institute of Medical Technology

IC 703 - CHANGING PATTERNS OF HOSPITAL-ASSOCIATED INFECTIONS. 08:30-16:00 hours, Friday, 21 November 1986. Fee: \$70.

An informative seminar stressing the practical aspects of infection control. Experts present comprehensive lectures on specific nosocomial infections and their epidemiology and control. Illustrative demonstrations are included on specifically related tests and procedures used in the laboratory.

For further information contact The Toronto Institute of Medical Technology, 222 St. Patrick Street, Toronto, Ontario, M5T 1V4 (Tel.: (416) 596-3199).

INFECTION CONTROL GUIDELINES FOR OCCUPATIONAL HEALTH IN HEALTH CARE FACILITIES

This is the latest set of guidelines in the series of Infection Control Guidelines available from the **Office of the Director, Bureau of Communicable Disease Epidemiology, Laboratory Centre for Disease Control, Tunney's Pasture, Ottawa, Ontario K1A 0L2**.

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

Bureau of Communicable Disease Epidemiology
Laboratory Centre for Disease Control
Tunney's Pasture
OTTAWA, Ontario
Canada K1A 0L2
(613) 990-8964

L'inscription est de 50 \$ (comprend la documentation remise, le repas du midi et les pauses-café). Pour de plus amples renseignements et des formulaires d'inscription, se mettre en rapport avec le **AIDS Committee of Cambridge, Kitchener, Waterloo and Area, c/o Gordon Youngman, Treasurer and Symposium Co-ordinator, 505-50 Mooregate Crescent, Kitchener (Ontario), N2M 5G6** (Tél.: (519) 576-2127).

Années

LES ZONOSES EN ONTARIO

Un séminaire d'une journée, parrainé par l'Ontario Veterinary College et la Division de l'éducation permanente de l'Université de Guelph, ainsi que par la Society of Medical Officers of Health of Ontario, se tiendra à Guelph le 14 novembre 1986. On y parlera des zoonoses importantes frappant les animaux en Ontario, en insistant tout particulièrement sur l'aspect épidémiologie et prévalence, le but étant d'encourager une lutte plus soutenue dans ce domaine. Le séminaire s'adresse à des médecins-hygiénistes, à des inspecteurs de santé publique, à des vétérinaires s'intéressant aux zoonoses, et à d'autres spécialistes responsables de la sécurité de groupes à risque.

La participation à cette journée est limitée et la date limite de l'inscription - dont les frais sont de 45 \$ - a été fixée au 1er novembre.

Pour de plus amples renseignements et des formules d'inscription, s'adresser à la Division de l'éducation permanente, Université de Guelph, Guelph, (Ontario), N1G 2W1; (Tél.: (519) 824-4120, postes 3956/3064).

JOURNÉE CONSACRÉE À LA LUTTE ANTI-INFECTIEUSE

Toronto Institute of Medical Technology

IC 703 - "CHANGING PATTERNS OF HOSPITAL-ASSOCIATED INFECTIONS". De 8 h 30 à 16 h, le vendredi 21 novembre 1986 - Inscription: 70 \$.

Il s'agit d'un séminaire qui portera sur l'aspect pratique de la lutte anti-infectieuse. Des spécialistes y présenteront des exposés exhaustifs sur des infections nosocomiales précises, en s'arrêtant à l'épidémiologie et à la lutte dans ce domaine. Les présentations seront illustrées par des démonstrations d'analyses et de méthodes de laboratoire pertinentes.

Pour de plus amples renseignements, s'adresser à: The Toronto Institute of Medical Technology, 222 St. Patrick Street, Toronto (Ontario), M5T 1V4 (Tél.: (416) 596-3199).

GUIDE DE PRÉVENTION DES INFECTIONS À L'INTENTION DU PERSONNEL TRAVAILLANT DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Le dernier d'une série de lignes directrices, sur la prévention des infections, distribuées par le **Bureau du directeur, Bureau de l'épidémiologie des maladies transmissibles, Laboratoire de lutte contre la maladie, Parc Tunney, Ottawa (Ontario), K1A 0L2**.

Le Rapport hebdomadaire des maladies au Canada, qui fournit des données pertinentes sur les maladies infectieuses et les autres maladies dans le but de faciliter leur surveillance, peut être obtenu gratuitement sur demande. Un grand nombre d'articles ne contiennent que des données sommaires mais des renseignements complémentaires peuvent être obtenus en s'adressant aux sources citées. Le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social ne peut être tenu responsable de l'exactitude, ni de l'authenticité des articles. Toute personne œuvrant dans le domaine de la santé est invitée à collaborer (dans la langue officielle de son choix) et la publication d'un article dans le présent Rapport n'en empêche pas la publication ailleurs.

Rédacteur en chef: Dr. S.E. Acres
Rédacteur administratif: Eleanor Paulson

Bureau d'épidémiologie des maladies transmissibles
Laboratoire de lutte contre la maladie
Parc Tunney
Ottawa (Ontario)
Canada K1A 0L2
(613) 990-8964