

CA 1.1589



# Canada Diseases Weekly Report

ISSN 0382-232X

## CONTAINED IN THIS ISSUE:

Ciguatera - A Large Common-Source Outbreak in Canadian Vacationers in Cuba .	87
Norwalk-Like Virus Outbreak in a Nursing Home - Ontario . . . . .	89
Announcement . . . . .	90

**CIGUATERA - A LARGE COMMON-SOURCE OUTBREAK IN CANADIAN VACATIONERS IN CUBA**

The following is a report on a large common-source outbreak of ciguatera fish toxin poisoning in Canadian tourists arising from a single meal in Cuba on 27 March 1987. Forty-nine cases have been diagnosed, all with a clinical onset within 8 hours of eating a fish meal at a hotel.

The index case was seen and diagnosed on 30 March and community health authorities advised. They contacted the travel agency involved which quickly notified all available passengers by phone of the outbreak and probable diagnosis and referred them to the McGill University Centre for Tropical Diseases in Montreal, Quebec. One hundred and twenty-five of 140 Canadians identified as staying at this hotel on the southwest Cuban coast the day of the outbreak were interviewed and 60 of these admitted having eaten a fish casserole on the evening of 27 March. This was served 4 hours before most of them departed by plane for Montreal.

The fish was properly cooked, did not look spoiled, and tasted good. In 38 of the 49 cases, the illness began during the flight to Montreal, with understandable stress on the aeroplane's sanitary facilities. In addition to these cases, other people who had been vacationing at the same hotel, shared the same meal, and returned to Canada on later flights were also traced, and 11 additional cases were identified with a similar illness onset on 27 March.

The presenting history was as follows: 2 to 6 hours after consuming the fish, 94% developed gastrointestinal symptoms consisting of one or more of nausea, vomiting, diarrhea, or abdominal pain. In 92%, typical neurological symptoms began 8 to 48 hours after eating the fish and included one or more of perioral and acral "tingling" sensations, numbness, "pins and needles", severe pruritus, or most characteristically, a marked sensitivity to cold presenting as a burning sensation over hands, feet, and in the mouth. More general but very prevalent symptoms included headaches, insomnia (often secondary to the paresthesias), severe myalgias, and an extreme weakness. Table 1 lists the frequency of symptoms in 56 of the cases. Most often the gastrointestinal symptoms had resolved in 96 hours, but the constitutional and neurological symptoms persisted and, in a significant number, were unresolved in 3 weeks.

# Rapport hebdomadaire des CANADIANA maladies au Canada MAY 28 1987

Date of publication: May 23, 1987  
Date de publication: 23 mai 1987

Vol. 13-20

## CONTENU DU PRÉSENT NUMÉRO:

Ciguatera - Importante poussée d'origine commune chez des vacanciers canadiens à Cuba . . . . .	87
Poussée à virus pseudo-Norwalk dans un foyer pour personnes âgées - Ontario . . . . .	89
Annonce . . . . .	90

**CIGUATERA - IMPORTANTE POUSSÉE D'ORIGINE COMMUNE CHEZ DES VACANCIERS CANADIENS À CUBA**

L'exposé qui suit fait état d'une importante poussée de toxi-infection alimentaire de type ciguatera qui s'est manifestée chez des touristes canadiens ayant consommé un même plat de poisson dans un hôtel de Cuba le 27 mars 1987. Pour les 49 cas diagnostiqués, l'installation clinique s'est produite dans les 8 heures suivant ce repas.

Le 30 mars, le cas de référence est examiné et diagnostiqué. Alertées, les autorités sanitaires communiquent avec l'agence de voyage concernée qui téléphone sans tarder à tous les voyageurs disponibles pour les avertir de la poussée et du diagnostic probable, et pour les adresser au Centre de l'Université McGill pour les maladies tropicales, Montréal (Québec). Sur les 140 Canadiens identifiés comme pensionnaires de l'hôtel visé sur la côte sud-ouest de Cuba le jour de la poussée, 125 sont interrogés, 60 déclarant avoir mangé un plat de poisson dans la soirée du 27 mars. Ce repas est servi 4 heures avant que la plupart des vacanciers ne prennent l'avion pour Montréal.

Le poisson est bien préparé, semble frais et a bon goût. Dans 38 des 49 cas, la maladie se déclare pendant le vol vers Montréal, ce qui entraîne évidemment la monopolisation des toilettes de l'avion. Outre ces cas, on relance également d'autres personnes qui séjournent à l'hôtel visé, ont consommé le même repas, et sont rentrées au Canada par des vols ultérieurs; on identifie ainsi 11 autres cas s'étant présentés de façon analogue le 27 mars.

Le tableau révélateur est le suivant: 2 à 6 heures après l'ingestion du poisson, 94% des sujets manifestent au moins un symptôme gastro-intestinal, à savoir: nausées, vomissements, diarrhée ou douleurs abdominales. Chez 92% des malades, au moins un symptôme neurologique se déclare 8 à 48 heures après l'ingestion du poisson, notamment: fourmillements, engourdissement, picotements ou prurit grave à la région buccale et aux extrémités ou, de façon plus caractéristique, une sensibilité marquée au froid se présentant comme une sensation de brûlure aux mains, aux pieds et à la bouche. Parmi des symptômes plus généraux, quoique très fréquents, notons: céphalées, insomnie (souvent secondaire aux paresthésies), myalgies intenses, et faiblesse extrême. Le Tableau 1 fait état de la fréquence des symptômes dans 56 des cas. L'atteinte gastro-intestinale se résout le plus souvent en 96 heures, mais il en va différemment des symptômes généraux et neurologiques qui, dans un grand nombre de cas, durent plus de 3 semaines.

Second Class Mail Registration No. 5670

Courrier de la deuxième classe - Enregistrement n° 5670

**Table 1. Frequency of Symptoms in 56 Cases of Ciguatera Fish Toxin Poisoning in a Common-Source Outbreak**

in Canadian Vacationers in Cuba/

**Tableau 1. Fréquence des symptômes dans 56 cas de ciguatera d'origine commune observés chez des vacanciers canadiens à Cuba**

Nausea/Nausée	82%
Diarrhea/Diarrhée	78%
Vomiting/Vomissements	44%
Tingling extremities/Fourmillements aux extrémités	84%
Numbness/Engourdissements	72%
Pruritus/Prurit	68%
Cold Sensitivity/Sensibilité au froid	
- hand/feet/mains/pieds	72%
- mouth/bouche	50%
Perioral tingling/Fourmillements périoraux	46%
Pins/Needles Sensations/Picotements	46%
Myalgias/Myalgies	66%
Headache/Céphalée	58%
Insomnia/Insomnie	56%
Toothache/Mal de dents	24%
Weakness/Faiblesse	84%

All patients presenting with the typical clinical syndrome of gastrointestinal and neurological symptoms had eaten the same fish meal prior to being ill. Of the 60 interviewed persons who ate the fish for supper on 27 March, 56 became ill shortly after (<12 hours), and 49 of these 56 presented with the typical gastrointestinal and neurological syndrome. An additional 7 of the 56 had only gastrointestinal symptoms or minor symptoms and might have experienced milder forms of ciguatera. Only 4 exposed persons who were interviewed were not ill.

Twelve of these patients in addition to being interviewed were seen and examined at the McGill University Centre for Tropical Diseases and all had a normal physical and neurological exam.

Ciguatera fish poisoning has been reported sporadically in the Caribbean in association with eating large fish such as grouper, barracuda, red snapper, amberjack, and kingfish. Poisoning is mediated by a heat-stable toxin contained in the flesh of the fish; small fish acquire the toxin when feeding upon the marine plankton dinoflagellate *Gambiardiscus toxicus* and larger fish acquire and accumulate the toxin by eating the smaller fish.

A study is underway to define the clinical course of disease from this single common-source outbreak, the cost implications of such an outbreak, and potential therapeutic modalities.

**SOURCE:** C Frenette, JD MacLean, MD, L Cedilotte, McGill University Centre for Tropical Diseases, Montreal General Hospital; A Adrien, MD, Community Health Department, Montreal General Hospital, Montreal, Quebec.

**Editorial Note:** In a recent issue<sup>(1)</sup>, the Tropical Disease Unit at the Toronto General Hospital reported being aware of several cases of ciguatera poisoning in residents of the Toronto area. Additional information reveals that between 6 and 27 April 1987, a total of 12 cases were examined in the Unit and diagnosed as having ciguatera poisoning, and a further 4 cases were discussed by telephone with family physicians. Illness experienced by these cases was only mild to moderate. All of the cases had vacationed in the Dominican Republic during the last 2 weeks of March and had consumed either grouper, sea bass or barracuda. They had stayed at resorts on both the north and south coasts.

#### Reference:

- Philpott JP. CDWR 1987; 13:71.

Tous les malades présentant le syndrome clinique typique de symptômes gastro-intestinaux et neurologiques ont consommé le même plat de poisson avant leur atteinte. Sur les 60 personnes interrogées qui ont pris le poisson au dîner du 27 mars, 56 se sentent mal peu de temps après (<12 heures) - 49 d'entre elles manifestent le syndrome gastro-intestinal et neurologique caractéristique. Toujours parmi ces 56 personnes, 7 autres présentent uniquement des symptômes gastro-intestinaux ou mineurs, leur atteinte pouvant avoir été une forme moins grave de ciguatera. Sur toutes les personnes exposées qui sont interrogées, 4 seulement sont épargnées.

En plus d'être interrogés, 12 de ces malades sont examinés au Centre de l'Université McGill pour les maladies tropicales, examen qui se révèle normal sur le plan physique et neurologique.

La ciguatera a été signalée de façon sporadique dans les Antilles en association avec l'ingestion de gros poissons tels que: mérou, barracuda, vivaneau, sériole, et poisson-roi. L'intoxication ciguatérique est causée par une toxine thermostable contenue dans la chair de poisson; les petits poissons sont contaminés en se nourrissant de dinoflagellés *Gambiardiscus toxicus* du plancton, et les gros poissons acquièrent et accumulent la toxine en mangeant les plus petits.

Une étude se déroule présentement dans le but de définir le cours clinique de l'atteinte observée dans le cadre de cette poussée d'origine commune, ainsi que les coûts entraînés par une telle poussée, et des modalités thérapeutiques possibles.

**SOURCE:** C Frenette, Dr JD MacLean, L Cedilotte, Centre de l'Université McGill pour les maladies tropicales, Hôpital général de Montréal; Dr A Adrien, Santé communautaire, Hôpital général de Montréal, Montréal (Québec).

**Note de la rédaction:** Dans un numéro récent<sup>(1)</sup>, le Service des maladies tropicales de l'Hôpital général de Toronto signalait avoir été avisé de plusieurs cas de ciguatera chez des habitants de la région torontoise. Des données additionnelles révèlent que, du 6 au 27 avril 1987, 12 cas ont été examinés au Service et ont fait l'objet d'un diagnostic de ciguatera, et que des consultations téléphoniques portant sur 4 autres cas ont eu lieu avec des médecins de famille. Dans tous ces cas, le degré de l'atteinte variait entre bénin et modéré. Tous les sujets visés avaient pris des vacances en république Dominicaine pendant les 2 dernières semaines de mars et avaient consommé du mérou, du serrat ou du barracuda. Ils avaient tous séjourné dans des hôtels sur les côtes nord et sud.

#### Référence:

- Philpott JP. RHMC 1987; 13:71.

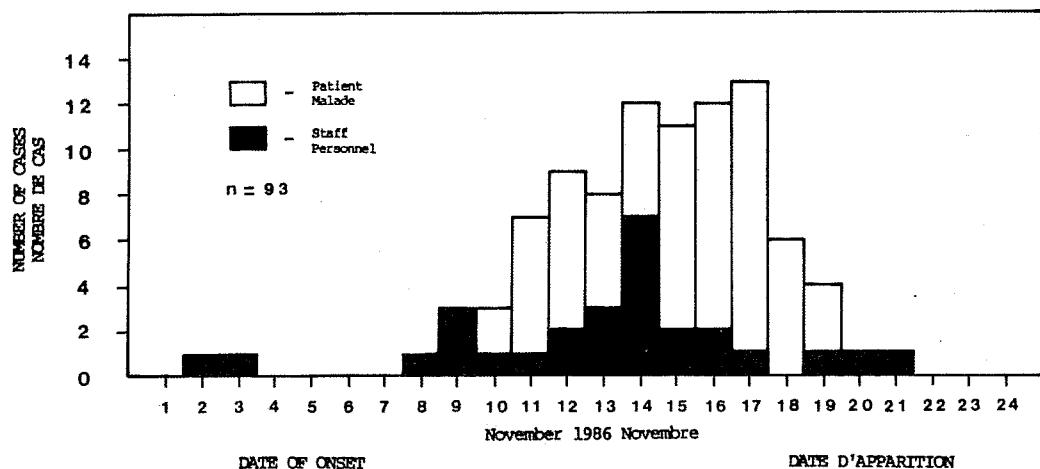
## NORWALK-LIKE VIRUS OUTBREAK IN A NURSING HOME - ONTARIO

On the morning of 13 November 1986, the Algoma Health Unit in Sault Ste. Marie was notified by a local nursing home of an apparent outbreak of gastroenteritis that had started 3 days earlier among its residents and staff. This facility contains 150 beds and employs 127 full and part-time staff.

A detailed inspection of the food service areas and foodhandling practices was carried out. The menu at the facility was reviewed and food specimens were submitted for bacterial and toxin analysis. Specimens of stool and vomitus from suspect cases were submitted for bacteriological and virological analysis. The following immediate control measures were recommended and implemented during the outbreak: 1) all suspect cases were placed on enteric isolation until they were symptom-free for 48 hours; 2) visiting was restricted on the affected floors; 3) using passive surveillance, staff members who were ill were identified and excluded from work until they were symptom-free for 48 hours; 4) cohort nursing was instituted so that there was no staff exchange between floors; 5) well residents from affected floors were discouraged from mixing with residents from other floors; and 6) handwashing and habits of good personal hygiene were encouraged among staff and residents.

A case was defined as anyone having either vomiting or diarrhea. Between 2 and 21 November, 65 (43%) of the 150 residents and 28 (22%) of the 127 staff were ill according to this case definition (Figure 1). Diarrhea and vomiting were the most common symptoms experienced. The outbreak began on one floor of the facility but, after 4 days, had spread to both the other 2 floors.

**Figure 1. Epidemic Curve of a Gastroenteritis Outbreak in a Nursing Home, November 1986, Sault Ste. Marie, Ontario/  
Figure 1. Courbe épidémique d'une poussée de gastro-entérite enregistrée en novembre 1986 dans un foyer pour personnes âgées  
à Sault-Sainte-Marie (Ontario)**



Laboratory analysis of stool, vomitus and food samples failed to demonstrate any bacterial pathogens or toxins. Norwalk-like virus particles, however, were identified by electron microscopy in stool specimens submitted from 3 residents on 15 November.

**Discussion:** From the pattern of the outbreak and the laboratory results, it was determined that this outbreak was caused by a Norwalk-like virus.

The isolation procedures instituted by the home were probably responsible for limiting the outbreak to 65 of the 150 residents. In addition, the effort to restrict social activities may have also significantly decreased the number of residents affected. Perhaps earlier reporting of the outbreak would have permitted earlier identification of the causative agent and institution of the control measures.

## POUSSÉE À VIRUS PSEUDO-NORWALK DANS UN FOYER POUR PERSONNES ÂGÉES - ONTARIO

Dans la matinée du 13 novembre 1986, le Service de santé d'Algoma (Sault-Sainte-Marie) est avisé par un foyer local pour personnes âgées qu'une poussée manifeste de gastro-entérite s'est déclarée 3 jours plus tôt chez les pensionnaires et le personnel. L'établissement en question compte 150 lits et 127 employés à temps plein et à temps partiel.

Les locaux de préparation des aliments et les pratiques de manipulation font l'objet d'une inspection minutieuse. On examine le menu de l'établissement et on présente, d'une part, des échantillons d'aliments à des fins de recherche de bactéries et de toxines; et, d'autre part, des prélèvements de selles et de vomissements provenant de cas suspects, à des fins de bactériologie et de virologie. On recommande et on applique les mesures immédiates de contrôle qui suivent: 1) les cas suspects sont isolés jusqu'à ce qu'ils soient exempts de tout symptôme entérique pendant 48 heures; 2) les visites sont limitées sur les étages touchés; 3) on a recours à une surveillance passive pour identifier les membres du personnel atteints et les dispenser de travail jusqu'à ce que leurs symptômes aient disparu depuis 48 heures; 4) les soins infirmiers sont organisés par cohortes, de façon à éviter les échanges de personnel d'un étage à l'autre; 5) on insiste auprès des pensionnaires épargnés des étages visés pour qu'ils évitent tout contact avec des pensionnaires d'autres étages, et 6) on encourage le lavage des mains et une bonne hygiène personnelle chez les employés et les pensionnaires.

Un cas est défini comme étant toute manifestation de vomissements ou de diarrhée. Du 2 au 21 novembre, le nombre de cas recensés correspondant à cette définition est de 65 chez les 150 pensionnaires (43%) et de 28 chez les 127 employés (22%) (Figure 1). Les symptômes les plus fréquents sont la diarrhée et les vomissements. S'étant déclarée sur un étage, la poussée avait gagné les 2 autres étages 4 jours plus tard.

**Figure 1. Epidemic Curve of a Gastroenteritis Outbreak in a Nursing Home, November 1986, Sault Ste. Marie, Ontario/  
Figure 1. Courbe épidémique d'une poussée de gastro-entérite enregistrée en novembre 1986 dans un foyer pour personnes âgées  
à Sault-Sainte-Marie (Ontario)**

L'analyse des échantillons de selles, de vomissements et d'aliments ne permet de déceler aucune bactérie pathogène ou toxine. Des particules virales pseudo-Norwalk sont toutefois identifiées au microscope électronique dans des selles prélevées chez 3 pensionnaires le 15 novembre.

**Discussion:** D'après le décours de la poussée et les résultats de laboratoire, on établit que la poussée est attribuable à un virus pseudo-Norwalk.

Ce sont probablement les méthodes d'isolement appliquées qui ont permis de restreindre la poussée à 65 des 150 pensionnaires. En outre, sans l'effort déployé pour limiter les activités sociales, le nombre de cas aurait peut-être été significativement plus élevé chez les pensionnaires. La déclaration précoce de la poussée aurait peut-être permis d'identifier l'agent causal et d'amorcer des mesures de lutte plus tôt.

## \*\*\* STATISTICS CANADA - STATISTIQUE CANADA \*\*\*

## Notifiable Diseases Summary - Sommaire des maladies à déclaration obligatoire

New Cases Reported for the Four Week Period Ending April 11, 1987.  
 Nouveaux cas déclarés pour la période de quatre semaines se terminant le 11 avril 1987.

No. Disease No Maladie	ICD-9 CIM-9	Newfoundland			Prince Edward Island			Nova Scotia			New Brunswick			Québec			
		Canada			Terre-Neuve			Île-du-Prince Édouard			Nouvelle-Écosse			Nouveau-Brunswick			
		Cur. Cou.	Cum. 87	Cum. 86	Cur. Cou.	Cum. 87	Cum. 86	Cur. Cou.	Cum. 87	Cum. 86	Cur. Cou.	Cum. 87	Cum. 86	Cur. Cou.	Cum. 87	Cum. 86	
1. AIDS - SIDA		49	164	110	-	-	-	-	-	-	2	6	-	-	1	27	44
2. Amoebiasis - Amibiase	006	148	509	407	-	3	-	1	1	-	3	7	6	1	2	1	9
3. Botulism - Botulisme	005.1	6	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	15
4. Brucellosis - Brucellose	023	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5. Campylobacteriosis - Campylobactériose		530	1956	1481	9	23	11	4	9	-	6	35	31	6	13	8	8
6. Chickenpox - Varicelle	052	4510	16176	11658	9	71	260	3	3	-	130	344	390	23	30	2	-
7. Cholera - Choléra	001	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
8. Diphtheria - Diphtérie	032	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
9. Giardiasis - Giardiase	007.1	625	2141	1834	6	14	19	2	7	3	21	47	23	-	21	2	57
10. Gonococcal Infections - Infections gonococciques (1)	098	2352	8930	9603	19	94	140	-	12	15	53	202	254	48	119	142	314
11. Gono Ophth neonat - Oph gono du nouveau-né	098.4	3	3	1	-	-	-	3	3	-	-	-	-	-	-	-	-
12. Haemophilus influenzae B - invasive		37	128	80	1	4	2	-	-	-	6	9	5	-	3	2	-
13. Hepatitis A	070.0, 070.1	91	304	485	-	-	5	1	1	-	-	2	-	-	1	10	15
14. Hepatitis B	070.2, 070.3	258	632	571	1	2	1	-	-	9	20	5	3	14	8	105	170
15. Hepatitis other - Hépatite autres (2)		14	38	122	-	-	-	-	-	8	-	-	-	-	1	-	2
16. Legionellosis - Légionellose		1	25	15	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
17. Leprosy - Lèpre	030	1	13	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
18. Malaria - Paludisme	084	7	39	31	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
19. Measles - Rougeole	055	376	1302	7941	-	-	4	-	-	-	31	899	86	351	4	10	20
20. Pneumococcal meningitis - Méningite à pneumocoques (3)	320.1	10	32	25	1	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-
21. Other bact. meningitis - Autres méningite bactérienne (4)		5	15	37	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-
22. Viral meningitis - méningite virale (5)		15	55	30	-	6	-	-	-	-	1	1	1	3	-	2	2
23. Meningococcal infections - Infections à méningocoques	036	19	91	68	-	2	-	-	1	-	2	2	1	3	-	5	12
24. Mumps - Oreillons	072	63	255	220	-	-	1	-	-	-	2	2	-	2	-	-	1
25. Paratyphoid - Paratyphoïde	002.1-002.9	-	10	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-
26. Pertussis - Coqueluche	023	53	379	676	1	15	15	-	5	13	8	52	113	1	3	6	8
27. Plague - Peste	020	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
28. Poliomyelitis - Poliomélytique	045	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
29. Rabies - Rage	071	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
30. Rubella - Rubéole	056	163	481	775	57	134	-	-	-	-	1	2	2	3	13	12	26
31. Congenital Rubella - Rubéole congénitale	771.0	-	1	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
32. Salmonellosis - Salmonellose (6)	003	611	2222	1952	7	17	29	1	12	16	9	51	41	13	33	35	79
33. Shigellosis - Shigelloise	004	138	436	404	-	-	2	3	-	2	3	2	2	3	1	23	37
34. Syphilis, Early, Symptomatic - Symptomatique, récent	091	37	129	207	-	-	-	-	-	-	3	-	3	3	-	16	45
35. Other - Autres	090, 092-097	168	570	343	-	-	-	-	-	24	42	1	-	-	-	35	74
36. Tetanus - Tétanos	037	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
37. Trichinosis - Trichinose	124	2	3	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
38. Tuberculosis - Tuberculose	010-018	115	445	278	1	2	9	-	-	7	22	3	4	7	4	26	50
39. Typhoid - Typhoïde	002.0	3	7	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
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, poliomélytique 045, rubéole 056, fièvre jaune 060.

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

NOTE: Cumulative totals for both years correspond to the same period of time.  
NOTA: Les totaux cumulatifs pour les deux années sont comparatifs à la même période de temps.

## SYMBOLS:

## SIGNES CONVENTIONNELS:

- . Not reportable . à déclaration non obligatoire
- .. Not available .. Non disponible.
- No cases reported - Aucun cas déclaré.

## SOURCE:

Vital Statistics and Health Status,  
 Health Division,  
 Statistics Canada,  
 Ottawa, Canada, K1A 0T6  
 telephone (613) 991-1769

Statistique de l'état civil et de la santé,  
 Division de la santé,  
 Statistique Canada,  
 Ottawa, Canada, K1A 0T6  
 téléphone (613) 991-1769

This Table has been produced by the use of CANSIM.  
 Ce tableau a été produit avec le concours de CANSIM.

**Notifiable Diseases Summary (Concluded) - Sommaire des maladies à déclaration obligatoire (fin)**

(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, poliomérite 045.

137. Autres catégories exceptées Measles 039, Poliomyelitis 043, Rubella 036, Yellow Fever 060. - Toutes les rubriques sauf rougeole 035, poliomyélite 043, 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.

RTA. les totaux cumulatifs pour les deux années sont comparatifs à la même période de temps.

## **SYMBOLS: SIGNES CONVENTIONNELS:**

Not acceptable Indication no.

.. Not  
= No 5

SOURCE:  
Vital Statistics and Health Status,  
Health Division,  
Statistics Canada,  
Ottawa, Canada, K1A 0T6

Statistique de l'état civil et de la santé,  
Division de la santé,  
Statistique Canada,  
Ottawa, Canada, K1A 0T6

This Table has been produced by the use of CANSIM.  
Ce tableau a été produit avec le programme de CANSIM.

It is possible that members of either the staff or residents may have introduced the infection into the nursing home from the community. It is interesting to note that residents from one of the floors visit in the community much more often than do any of the other residents. In fact, the first 2 residents to become ill were 2 of the most mobile individuals on the floor.

This nosocomial outbreak of Norwalk-like virus gastroenteritis was typical of many reported last winter.

**Acknowledgements:** The assistance and cooperation of B. O'Donnell, Deputy Director and D. Durocher, Staff Inspector, Algoma Health Unit, the staff at the Sault Ste. Marie and Central Public Health Laboratories, and Ms. L. Ryan, Director of Care and Ms. L. Dedman, Infection Control Nurse at the nursing home is greatly appreciated.

**SOURCE:** DR Brown, MD, DPH, Acting Medical Officer of Health, W Terry, CPHI(C), Director of Public Health Inspection, Algoma Health Unit, Sault Ste. Marie, Ontario (initially reported in ODSR, Vol 8, No 6, 1987).

#### Announcement

##### INFECTION CONTROL

This short intensive course in infection control, organized jointly by l'Association des professionnels pour la prévention des infections in Quebec and the Bureau of Communicable Disease Epidemiology, LCDC, is designed to meet the needs of newly appointed infection control practitioners. The course will be given from 25-30 October 1987, at the Centre Hospitalier Côte-des-Neiges, Montreal. The program will be presented in French only. This is the first announcement. The complete program will be available soon. For additional information, please contact Beverly Campbell, Nurse Consultant, Division of Infection Control, Bureau of Communicable Disease Epidemiology, Laboratory Centre for Disease Control, Ottawa, Ontario, K1A 0L2.

Two courses, similar in content to the above, will also be available in English this year. Details on the first course, Infection Control I, co-sponsored by the Bureau of Communicable Disease Epidemiology and the College of Nursing, University of Saskatchewan, were given in an earlier issue (CDWR 1987; 13:50). It is being presented in Regina from 25-29 May. The second course, also entitled Infection Control I, which is offered each year by the Bureau and the Canadian Hospital Infection Control Association, will be given in Ottawa from 14-18 September. Additional information on this course will be available at a later date.

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 (613) 957-1339  
**Managing Editor:** Eleanor Paulson (613) 957-1788  
**Circulation:** Elizabeth Beckett (613) 957-0841  
Bureau of Communicable Disease Epidemiology  
Laboratory Centre for Disease Control  
Tunney's Pasture  
OTTAWA, Ontario  
Canada K1A 0L2

Il est possible que l'infection contractée au sein de la collectivité ait été introduite dans le foyer soit par des employés, soit par des pensionnaires de l'étage visé. Il est intéressant de noter que des pensionnaires d'un des étages se rendent beaucoup plus souvent que les autres dans la collectivité. En fait, les 2 premiers cas étaient 2 des pensionnaires les plus mobiles de l'étage.

Cette poussée nosocomiale de gastro-entérite à virus pseudo-Norwalk est caractéristique d'un grand nombre de poussées recensées l'hiver dernier.

**Remerciements:** Nous tenons à remercier de leur collaboration B. O'Donnell, Directeur adjoint, et D. Durocher, Inspecteur, Service de santé d'Algoma, ainsi que le personnel des laboratoires de Santé publique (Sault-Sainte-Marie; centraux) et, enfin L. Ryan, Directrice des soins, et L. Dedman, Infirmière en lutte anti-infectieuse, de l'établissement visé.

**SOURCE:** DR DR Brown, DPH, Médecin-hygiéniste par intérim, W Terry, CPHI(C), Directeur des inspections de santé publique, Service de santé d'Algoma, Sault-Sainte-Marie, Ontario (d'abord signalé dans: ODSR, Vol 8, n° 6, 1987).

#### Announce

##### LUTTE ANTI-INFECTIEUSE

Ce cours concis et intensif en lutte anti-infectieuse est organisé conjointement par l'Association des professionnels pour la prévention des infections (Québec) et le Bureau de l'épidémiologie des maladies transmissibles du LLCM. Il est conçu pour répondre aux besoins des praticiens qui viennent d'être nommés dans ce domaine. Le cours se donnera du 25 au 30 octobre 1987, au Centre Hospitalier Côte-des-Neiges à Montréal; et ne sera présenté qu'en français. Il s'agit de la première annonce à ce sujet; le programme complet sera disponible sous peu. Pour plus de renseignements, communiquer avec: Beverly Campbell, Infirmière-conseil, Lutte anti-infectieuse, Bureau de l'épidémiologie des maladies transmissibles, Laboratoire de lutte contre la maladie, Ottawa (Ontario), K1A 0L2.

Cette année, deux autres cours - analogues au précédent sur le plan du contenu - se donneront en anglais. Se reporter au RHMC 1987; 13:50 pour les détails du premier cours, Lutte anti-infectieuse I, présenté à Régina du 25 au 29 mai et coparrainé par le Bureau de l'épidémiologie des maladies transmissibles et le College of Nursing de l'Université de la Saskatchewan. Le deuxième cours, aussi intitulé Lutte anti-infectieuse I, offert chaque année par le Bureau et par l'Association canadienne de contrôle de l'infection dans les hôpitaux, sera donné à Ottawa du 14 au 18 septembre. D'autres renseignements sur ce cours seront publiés plus tard.

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 (613) 957-1339  
**Rédacteur administratif:** Eleanor Paulson (613) 957-1788  
**Distribution:** Elizabeth Beckett (613) 957-0841  
Bureau d'épidémiologie des maladies transmissibles  
Laboratoire de lutte contre la maladie  
Parc Tunney  
Ottawa (Ontario)  
Canada K1A 0L2