

CA 1.1588



Canada Diseases

Weekly Report

ISSN 0382-232X

Rapport hebdomadaire des C2 maladies au Canada

NOV - 5 1987

Date of publication: October 31, 1987
 Date de publication: 31 octobre 1987 Vol. 13-43

CONTAINED IN THIS ISSUE:

Legionella pneumophila Serogroup 10 Infection - Alberta	195
Cross Reactivity Noted Between a Strain of Bordetella pertussis and Legionella Antisera	196
Glove Use for Universal Precautions	197
AIDS Surveillance in Europe	197

CONTENU DU PRÉSENT NUMÉRO:

Infection par Legionella pneumophila, séro-groupe 10 - Alberta	195
Réactivité croisée observée entre une souche de Bordetella pertussis et des sérums anti-Legionella	196
Port de gants comme précaution élémentaire	197
Surveillance du SIDA en Europe	197

LEGIONELLA PNEUMOPHILA SEROGROUP 10 INFECTION - ALBERTA

The number of species and serogroups now recognized in the genus *Legionella* and associated with human disease are a legion⁽¹⁾. The following describes a case of legionellosis due to *L. pneumophila* serogroup 10 in Calgary, Alberta, which is believed to be the first infection with this serogroup reported in Canada.

A 52-year-old male with a previous history of heavy smoking, diabetes, alcohol abuse, coronary artery disease, and polymyositis presented to Foothills Hospital, Calgary, on 16 November 1986 for routine laboratory tests. The patient was on immunosuppressive therapy including prednisone and cyclosporine, and had a history of positive Mantoux status with incomplete tuberculosis therapy.

He was found to have a temperature of 38.5°C and admitted to being febrile for the preceding 24-48 hours. He also complained of a dry non-productive cough. Newly positive physical findings were diffuse bilateral pneumonia. A white blood cell count was 26.6 x 10⁹/L with significant neutrophilia.

Within 24 hours of admission, he developed a spiking fever up to 40°C, significant hypoxia, and blood-tinged sputum. Specimens obtained from bronchoscopy and submitted for routine bacteriology, mycobacteriology, mycology, virology, and cytology were negative. A transbronchial biopsy revealed "diffuse alveolar damage". By the fourth hospital day, an open lung biopsy was performed and IV erythromycin initiated. By the sixth hospital day, tiny colonies, resembling *Legionella* sp., morphologically, were found on selective and non-selective buffered charcoal yeast extract media; these colonies contained gram-negative bacilli. The suspicion of *Legionella* sp. was strengthened by the inability of the organism to grow on routine media. Histopathological examination of the open lung biopsy was consistent with a bacterial pneumonia. By the second day of erythromycin therapy, the patient became afebrile. His remaining clinical course was unremarkable apart from the attention given to respiratory weaning and physiotherapy. The bacterial isolate was later confirmed as *L. pneumophila* serogroup 10 by direct fluorescent antibody staining (DFA).

INFECTION PAR LEGIONELLA PNEUMOPHILA, SÉROGROUPE 10 - ALBERTA

Dans le genre *Legionella*, les espèces et sérogroupe reconnus et associés à la maladie humaine sont aujourd'hui très nombreux⁽¹⁾. L'exposé qui suit décrit un cas de légionellose attribuable à *L. pneumophila*, séro-groupe 10, recensé à Calgary (Alberta), qui passe pour la première infection attribuable à ce séro-groupe signalée au Canada.

Le 16 novembre 1986, un grand fumeur de 52 ans ayant des antécédents de diabète, d'abus d'alcool, de coronaropathie et de polymyosite se présente au Foothills Hospital de Calgary, pour des analyses de laboratoire de routine. L'homme en question prend des immunosuppresseurs - notamment de la prednisone et de la cyclosporine - et a des antécédents de réaction de Mantoux positive avec traitement incomplet d'une tuberculose.

On relève une fièvre de 38,5°C et l'homme admet être fiévreux depuis 24 à 48 heures. Il se plaint aussi d'une toux sèche improductive. Comme nouveau signe physique positif, on note une pneumonie bilatérale diffuse. Le nombre de globules blancs est de 26,6 x 10⁹/L, avec une neutrophilie marquée.

Dans les 24 heures suivant son hospitalisation, l'homme manifeste des poussées de fièvre atteignant 40°C, une hypoxie marquée, et des crachats hémoptoïques. Des échantillons prélevés par bronchoscopie à des fins de bactériologie, de mycobactériologie, de mycologie, de virologie et de cytologie de routine se révèlent négatifs. Une biopsie transbronchique révèle une "atteinte alvéolaire diffuse". Dès le quatrième jour d'hospitalisation, une biopsie à poumon ouvert est pratiquée et un traitement i.v., amorcé avec de l'érythromycine. Le sixième jour, on observe sur milieux sélectifs et non sélectifs tamponnés à l'extrait de levure de charbon de minuscules colonies qui évoquent des espèces de *Legionella* sur le plan morphologique et contiennent des bacilles gram négatifs. Le microorganisme ne cultive pas en milieux usuels, ce qui renforce les soupçons au sujet d'espèces de *Legionella*. L'examen histopathologique de la biopsie à poumon ouvert est compatible avec une pneumonie bactérienne. Dès le deuxième jour du traitement d'érythromycine, le malade est afebrile. Le reste du cours clinique n'a rien de remarquable, si ce n'est l'attention accordée au sevrage respiratoire et à la physiothérapie. Par la suite, on confirme par la technique directe des anticorps fluorescents (DFA) que l'isolat bactérien appartient au séro-groupe 10 de *L. pneumophila*.

Second Class Mail Registration No. 5670

Courrier de la deuxième classe - Enregistrement n° 5670



The tremendous increase in the number of species and serogroups of **Legionella** and the limited amount of reagents which an average laboratory can have readily available, significantly limit the scope of the currently employed serological methods, including the direct antigen detection by DFA. Furthermore, it can be anticipated that these numbers will increase significantly as the expertise at isolating these organisms becomes more widespread. Therefore, although these serological methods may be employed to the practical limit of a given laboratory, isolation by culture remains an essential tool for recognizing both the established and the new species and serogroups of **Legionella**.

Human infection with *L. pneumophila* serogroup 10 has been previously described⁽²⁾. Meenhorst et al described nosocomial disease identified by culture and serology to be related to the Leiden strain which subsequently was defined as serogroup 10. Clinical disease related to this serogroup is indistinguishable from disease attributed to other serogroups. For the case reported here, it was hypothesized that the degree to which this patient was immunocompromized together with the considerable underlying medical disorders made him particularly susceptible.

Acknowledgements: The authors wish to thank Helene Shaw for her technical assistance and Pauline Ewan, LCDC, Ottawa, for her cooperation and assistance in confirming this isolate.

References:

1. Brenner DJ et al. Int J Syst Bacteriol 1985; 35:50-59.
2. Meenhorst PL et al. J Infect Dis 1985; 152:356-364.

SOURCE: CM Anand, MD, N Cimolai, MD, HR Rabin, MD, Department of Microbiology and Infectious Diseases, University of Calgary, JD Lampard, MD, Foothills Hospital, Calgary, Alberta.

CROSS REACTIVITY NOTED BETWEEN A STRAIN OF BORDETELLA PERTUSSIS AND LEGIONELLA ANTISERA

It has become increasingly apparent that antisera used to speciate or serogroup **Legionella** can cross-react with other bacteria. Dr. Wilkinson, Centers for Disease Control, Atlanta, Georgia, has cautioned that cross reactivity has already been noted between **Legionella** antisera and *Pseudomonas* species, *Flavobacterium/Xanthomonas* groups, *Bacteroides fragilis*, and, most recently, between a strain of *Bordetella pertussis* and antiserum to *Legionella micdadei*⁽¹⁾.

The Legionella Laboratory at the Laboratory Centre for Disease Control recently received a strain of *B. pertussis* for identification because cross reactivity had been observed between this isolate and **Legionella** antisera.

The strain of *B. pertussis* was subsequently found to strain weakly ($1^+ - 2^+$ intensity) in the direct fluorescent antibody (DFA) test using fluorescein-labelled antisera prepared to *L. pneumophila* groups 1,2,3,4,5,6 and 8; *L. bozemani* group 1; *L. dumoffii*, *L. feelii* group 1; and *L. gormanii* and *L. wadsworthii*. The isolate weakly ($1^+ - 2^+$) reacted with antisera to *L. pneumophila* groups 5 and 9; *L. bozemani* groups 1 and 2; and *L. gormanii* and *L. wadsworthii* by the slide agglutination test (SAT). This strain also agglutinated strongly in *B. pertussis* antisera.

The strain of *B. pertussis* had poorly staining, short, gram-negative rods; grew well at 35°C on buffered charcoal yeast extract agar (BCYE) supplemented with L-cysteine in 72-96 hours; did not grow on blood agar in 7 days; was biochemically inert; produced no urease; was catalase and oxidase positive and had a triple sugar iron (TSI) reaction of neutral/neutral (N/N) with no H₂S production.

L'énorme augmentation du nombre d'espèces et de sérogroupe de **Legionella**, ainsi que la quantité limitée de réactifs pouvant être facilement disponibles dans un laboratoire moyen, restreignent de façon marquée l'application des méthodes sérologiques courantes, notamment de la détection des antigènes par l'épreuve DFA. En outre, ces nombres devraient augmenter significativement à mesure que la capacité d'isoler ces microorganismes deviendra plus répandue. Par conséquent, même si ces méthodes sérologiques peuvent être appliquées dans les limites pratiques d'un laboratoire donné, l'isolement par culture reste un outil essentiel pour reconnaître les espèces et sérogroupe de **Legionella**, établis et nouveaux.

L'infection humaine à *L. pneumophila* de sérogroupe 10 a déjà été décrite⁽²⁾. Selon Meenhorst et ses collaborateurs, une atteinte nosocomiale identifiée par culture et sérologie était liée à la souche Leiden qui, par la suite, a été définie en tant que sérogroupe 10. L'atteinte clinique associée à ce sérogroupe ne se distingue pas de la maladie attribuable à d'autres sérogroupe. Dans le cas dont il est question ici, on a émis l'hypothèse que le malade était particulièrement sensible en raison du degré de son immunosuppression et des graves troubles sous-jacents dont il souffrait.

Remerciements: Les auteurs tiennent à remercier Helene Shaw de son appui technique, ainsi que Pauline Ewan, LLCC (Ottawa), de sa collaboration aux travaux de confirmation de l'isolat.

Références:

1. Brenner DJ et coll. Int J Syst Bacteriol 1985; 35:50-59.
2. Meenhorst PL et coll. J Infect Dis 1985; 152:356-364.

SOURCE: Drs CM Anand, N Cimolai et HR Rabin, Département microbiologie et d'infectiologie, Université de Calgary; Dr JD Lampard, Foothills Hospital, Calgary (Alberta).

RÉACTIVITÉ CROISÉE OBSERVÉE ENTRE UNE SOUCHE DE BORDETELLA PERTUSSIS ET DES SÉRUMS ANTI-LEGIONELLA

Il est de plus en plus manifeste que des antisérum servant à la différenciation des espèces et des sérogroupe de **Legionella** peuvent présenter une réaction croisée avec d'autres bactéries. Le Dr Wilkinson des Centres for Disease Control d'Atlanta (Géorgie) a prévenu qu'une telle réactivité a déjà été observée entre des antisérum contre **Legionella** et des espèces de *Pseudomonas*, des groupes de *Flavobacterium/Xanthomonas*, *Bacteroides fragilis* et, plus récemment, entre une souche de *Bordetella pertussis* et un antisérum contre *Legionella micdadei*⁽¹⁾.

Le centre des **Legionella** du Laboratoire de lutte contre la maladie a récemment reçu une souche de *B. pertussis* dont on demandait l'identification parce qu'une réactivité croisée avait été observée entre l'isolat en question et des sérum anti-**Legionella**.

La souche de *B. pertussis* a présenté une coloration discrète (intensité $1^+ - 2^+$) par la technique directe des anticorps fluorescents (DFA) pratiquée avec des antisérum marqués à la fluorescéine et préparés contre les groupes 1,2,3,4,5,6 et 8 de *L. pneumophila*; le groupe 1 de *L. bozemani*; *L. dumoffii*, le groupe 1 de *L. feelii*; ainsi que *L. gormanii* et *L. wadsworthii*. L'isolat a faiblement réagi ($1^+ - 2^+$) à l'épreuve d'agglutination sur lame (SAT) avec des antisérum contre les groupes 5 et 9 de *L. pneumophila*; les groupes 1 et 2 de *L. bozemani*; ainsi que *L. gormanii* et *L. wadsworthii*. Dans des sérum anti-*B. pertussis*, la souche a fortement agglutiné.

La souche de *B. pertussis* était constituée de bâtonnets courts gram négatifs qui coloraient mal; elle a bien cultivé à 35°C, en gélose tamponnée à l'extrait de levure de charbon (BCYE) additonnée de L-cystéine, au bout de 72 à 96 heures; elle n'a pas cultivé sur gélose au sang en 7 jours; elle était biochimiquement inerte, n'a pas produit d'uréase, était positive à l'égard de la catalase et de l'oxydase, et a présenté une réaction neutre/neutre (N/N) sur gélose au fer et au sucre triple (TSI), sans production de H₂S.

The following characteristics distinguished this *B. pertussis* isolate from *Legionella*:

- 1) colonies observed on BCYE supplemented with L-cysteine did not have the "cutglass" or "scintered" appearance typical of *Legionella*;
- 2) the strain grew well on BCYE lacking L-cysteine in 96 hours;
- 3) no growth occurred on BCYE supplemented with L-cysteine and antibiotics or buffered yeast extract agar; and
- 4) the fatty acid profile was found to be similar to that described by Jantzen et al(2) for *B. pertussis*, differing from those of *Legionella* genus by a complete lack of branched-chain (iso or anteiso) fatty acids extractable from the cell wall.

The possibility of cross reactions between bacteria not of the genus *Legionella*, and antisera used to perform the *Legionella* DFA or SAT tests, must be carefully considered when making the diagnosis of legionellosis.

References:

1. Wilkinson HW. Hospital-laboratory diagnosis of *Legionella* infections. Atlanta: Centers for Disease Control, 1987.
2. Jantzen E et al. Acta Pathol Microbiol Immunol Scand (B) 1982; 90:353-359.

SOURCE: K Bernard, BSc, Bureau of Microbiology, LCDC, Ottawa, Ontario.

Infection Control

GLOVE USE FOR UNIVERSAL PRECAUTIONS

Guidelines and recommendations for the care of AIDS and hepatitis B patients have emphasized the need to wear gloves for touching blood and body fluids, mucous membranes, or non-intact skin, for handling items or surfaces soiled with blood or body fluids, and for preparing venipuncture and other vascular access procedures. However, none of these guidelines indicate the type of glove to be used.

At the present time, the Division of Infection Control, Bureau of Communicable Disease Epidemiology, LCDC, recommends that any waterproof glove may be worn to fulfill this requirement. The type of glove material chosen should be determined by the task to be carried out. It should also be stressed that the wearing of gloves does not negate the use of thorough handwashing.

SOURCE: Beverly Campbell, Nurse Consultant, Bureau of Communicable Disease Epidemiology, Laboratory Centre for Disease Control, Ottawa, Ontario.

International Notes

AIDS SURVEILLANCE IN EUROPE

As of 30 June 1987, the 28 countries taking part in the surveillance of AIDS in Europe had reported 6882 cases. The number of cases has increased by 21% since March 1987, and by 126% since June 1986. The case-fatality rate is 49.5%.

The most marked increases in the number of cases were observed in Spain (42%), and Austria and Italy (30%). An increase of 17 to 24% was observed in 8 countries (Denmark, France, Greece, Netherlands, Portugal, Sweden, Switzerland, United Kingdom), and 9 to 13% in Belgium, F.R. Germany and Norway. The USSR reported 58 clinical cases of HIV infection, 3 of which fit the international case definition of AIDS.

AIDS cases per million population have been calculated from 1985 population estimates (Institut National d'Études Démographiques, INED, Paris). The highest rates were

Les caractéristiques suivantes ont permis de distinguer de *Legionella* cet isolat de *B. pertussis*:

- 1) les colonies observées sur milieu BCYE additionné de L-cystéine ne présentaient pas l'aspect de "cristal taillé" ou de "scintillement" typique de *Legionella*;
- 2) la souche a bien cultivé en 96 heures, en milieu BCYE sans L-cystéine;
- 3) aucune croissance ne s'est produite en milieu BCYE additionné de L-cystéine et d'antibiotiques ou sur gélose tamponnée à l'extrait de levure; et
- 4) le profil des acides gras s'est révélé analogue à celui qu'ont décrit Jantzen et ses collaborateurs(2) pour *B. pertussis*, se distinguant de ceux du genre *Legionella* par l'absence totale d'acides gras à chaîne ramifiée (iso ou anteiso) extractibles de la paroi des cellules.

La possibilité de réactions croisées entre des bactéries d'un genre autre que *Legionella* et des antisérum utilisés pour les épreuves DFA ou SAT à l'égard de *Legionella* doit absolument être envisagée lors du diagnostic d'une légionellose.

Références:

1. Wilkinson HW. Hospital-laboratory diagnosis of Legionella infections. Atlanta: Centers for Disease Control, 1987.
2. Jantzen E et coll. Acta Pathol Microbiol Immunol Scand (B) 1982; 90:353-359.

SOURCE: K Bernard, BSc, Bureau de microbiologie, LLCM, Ottawa (Ontario).

Lutte anti-infectieuse

PORT DE GANTS COMME PRÉCAUTION ÉLÉMENTAIRE

Les directives et recommandations portant sur le soin de patients atteints de SIDA et d'hépatite B ont insisté sur la nécessité de porter des gants pour toucher du sang et des liquides organiques, des muqueuses, ou toute surface cutanée lésée; pour manipuler des articles ou surfaces souillés de sang ou de liquides organiques; ou pour préparer une veinopuncture et d'autres actes d'accès vasculaire. Le type de gants à utiliser n'a toutefois jamais été précisé.

À l'heure actuelle, la Division de la lutte anti-infectieuse du Bureau de l'épidémiologie des maladies transmissibles (LLCM) recommande des gants imperméables. Le tissu ou matériau doit être choisi en fonction du travail à exécuter. Il faut également souligner que le port de gants n'élimine pas la nécessité d'un lavage minitieux des mains.

SOURCE: Beverley Campbell, Infirmière-conseil, Bureau de l'épidémiologie des maladies transmissibles, Laboratoire de lutte contre la maladie, Ottawa (Ontario).

Notes internationales

SURVEILLANCE DU SIDA EN EUROPE

Au 30 juin 1987, les 28 pays participant à la surveillance du SIDA en Europe avaient recensé 6882 cas. Le nombre de cas a grimpé de 21% depuis mars 1987, et de 126% depuis juin 1986. Le taux de létalité est de 49,5%.

Dans le nombre de cas, les hausses les plus marquées ont été relevées en Espagne (42%), ainsi qu'en Autriche et en Italie (30%). Une augmentation de 17 à 24% a été observée dans 8 pays (Danemark, France, Grèce, Pays-Bas, Portugal, Suède, Suisse, Royaume-Uni), et de 9 à 13% en Belgique, en République fédérale d'Allemagne et en Norvège. L'URSS a signalé 58 cas cliniques d'infection à VIH, dont 3 correspondent à la définition internationale du cas de SIDA.

Le nombre de cas de SIDA par million d'habitants a été calculé d'après des estimations démographiques de 1985 (Institut National d'Études Démographiques, INED, Paris). Les taux les plus élevés ont

noted in Switzerland, 40.9; France, 36.0; and Denmark, 34.5. By way of comparison, the rate in the United States was 158.5 per million population.

The distribution of the cases by age group and sex is shown in Table 1. Distribution of the total cases by disease category is as follows: opportunistic infection (01), 4956 (72.0%); Kaposi's sarcoma (KS), 1054 (15.3%); 01 and KS, 626 (9.1%); and other 246 (3.6%).

Table 1. AIDS Cases by Age Group and Sex for 28 European Countries* (30 June 1987)/
Tableau 1. Cas de SIDA selon le groupe d'âge et le sexe dans 28 pays européens* (au 30 juin 1987)

Age Group/ Groupe d'âge	Males/ Hommes	Females/ Femmes	Unknown/ Inconnu	Total	%
0-11 months/mois	24	27	0	51	0.7
1-4 years/années	38	41	0	79	1.1
5-9 years/années	18	6	0	24	0.3
10-14 years/années	25	3	0	28	0.4
15-19 years/années	53	11	0	64	0.9
20-29 years/années	1515	367	0	1882	27.3
30-39 years/années	2379	164	0	2543	37.0
40-49 years/années	1409	49	0	1458	21.2
50-59 years/années	461	33	0	494	7.2
Over 60 years/Plus de 60 ans	162	29	0	191	2.8
Unknown/Inconnu	64	1	3	68	1.0
TOTAL	6148	731	3	6882	100.0

*Austria, Belgium, Bulgaria, Czechoslovakia, Denmark, Finland, France, Germany D.R., Germany F.R., Greece, Hungary, Iceland, Ireland, Israel, Italy, Luxembourg, Malta, Netherlands, Norway, Poland, Portugal, Romania, Spain, Sweden, Switzerland, United Kingdom, USSR, Yugoslavia./Autriche, Belgique, Bulgarie, Danemark, Espagne, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Irlande, Islande, Israël, Italie, Luxembourg, Malte, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République démocratique allemande, République fédérale d'Allemagne, Roumanie, Royaume-Uni, Suède, Suisse, Tchécoslovaquie, URSS, Yougoslavie.

Since December 1986, the number of adult cases has doubled among homosexuals and tripled among IV drug abusers. The percentage of cases in the IV drug abuser group continues to increase (17%) and has reached the overall percentage of drug abusers diagnosed in the U.S. In this group, the geographic differences remain, with a very high predominance in the south of Europe.

The results of screening blood donations for HIV antibody in 1986 were obtained for 26 countries. The highest rates of confirmed positive tests were observed in Spain and France (0.6 and 0.42 per thousand, respectively).

The short-term predictions of the number of cases show that 3 countries may exceed 10 000 cases by mid-1989 (France, Italy and Spain), and that over 45 000 cases may be diagnosed by the same date for the European Communities as a whole. However, the gradual increase in the doubling times observed in Europe and the U.S. indicate that these represent over- rather than under-estimates of future AIDS cases, and that they can only be used for short-term predictions.

SOURCE: WHO Collaborating Centre on AIDS, Quarterly Report, No 14, 30 June 1987.

étaient observés en Suisse (40,9), en France (36,0) et au Danemark (34,5). À titre de comparaison, précisons que les États-Unis ont enregistré un taux de 158,5 par million d'habitants.

La distribution des cas selon l'âge et le sexe est donnée au Tableau 1. La répartition des cas selon la catégorie d'atteinte est comme suit: infection opportuniste (01), 4956 cas (72,0%); sarcome de Kaposi (SK), 1054 (15,3%); 01 et SK, 626 (9,1%); et autre, 246 (3,6%).

Table 1. AIDS Cases by Age Group and Sex for 28 European Countries* (30 June 1987)/
Tableau 1. Cas de SIDA selon le groupe d'âge et le sexe dans 28 pays européens* (au 30 juin 1987)

Age Group/ Groupe d'âge	Males/ Hommes	Females/ Femmes	Unknown/ Inconnu	Total	%
0-11 months/mois	24	27	0	51	0.7
1-4 years/années	38	41	0	79	1.1
5-9 years/années	18	6	0	24	0.3
10-14 years/années	25	3	0	28	0.4
15-19 years/années	53	11	0	64	0.9
20-29 years/années	1515	367	0	1882	27.3
30-39 years/années	2379	164	0	2543	37.0
40-49 years/années	1409	49	0	1458	21.2
50-59 years/années	461	33	0	494	7.2
Over 60 years/Plus de 60 ans	162	29	0	191	2.8
Unknown/Inconnu	64	1	3	68	1.0
TOTAL	6148	731	3	6882	100.0

Depuis décembre 1986, le nombre des cas adultes a doublé chez les homossexuels et triplé chez les toxicomanes qui se piquent. Chez ce dernier groupe, le pourcentage de cas continue à grimper (17%) et a atteint le pourcentage global de toxicomanes diagnostiqués aux États-Unis. Chez ce groupe, les écarts géographiques demeurent, une très forte prédominance étant observée dans le sud de l'Europe.

Les résultats de 1986 du dépistage de l'anti-VIH dans des dons de sang ont été obtenus pour 26 pays. Les taux les plus élevés de tests positifs confirmés ont été observés en Espagne et en France - soit respectivement 0,6 et 0,42 pour mille.

Selon les prévisions à court terme quant au nombre de cas, d'ici le milieu de 1989, les 10 000 cas pourraient être dépassés dans 3 pays (France, Italie et Espagne), et le total des cas diagnostiqués dans l'ensemble des communautés européennes pourrait dépasser 45 000. Cependant, l'augmentation progressive du temps de doublement du nombre des cas observée en Europe et aux États-Unis indique que ces chiffres représentent une surestimation, et non pas une sous-estimation, des cas futurs de SIDA, et qu'ils ne doivent être utilisés que pour des prévisions à court terme.

SOURCE: Centre collaborateur OMS sur le SIDA, Rapport trimestriel, no 14, 30 juin 1987.

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) 957-0325
Managing Editor: Eleanor Paulson (613) 957-1788
Circulation: Dolly Riggins (613) 957-0841

Bureau of Communicable Disease Epidemiology
Laboratory Centre for Disease Control
Tunney's Pasture
OTTAWA, Ontario
Canada 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 (613) 957-0325
Rédacteur administratif: Eleanor Paulson (613) 957-1788
Distribution: Dolly Riggins (613) 957-0841

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