Health and Welfare Canada Santé et Bien-être social Canada

CANADIAN OFFICIAL PUBLICATIONS COLLECTION
DE PUBLICATIONS OFFICIELLES CANADIENNES
NATIONAL LIBRARY BIBLIOTHÈQUE NATIONALE CANADIANA
CANADA
JUIN JUIN 24 1976
c.2

Date of publication: June 12, 1976 Vol. 2-24
date de publication: 12 juin 1976

canada diseases weekly report

rapport hebdomadaire des maladies au canada

LEPROSY - MONTREAL

Since the beginning of 1976 two cases of leprosy have been identified in Montreal.

Case 1

This is a Vietnamese male, in his forties, who has lived in Montreal since the end of June, 1975. A biopsy was taken and a Ziehl strain done after he consulted his physician, in early January, 1976, concerning a red patch on one foot. The diagnosis was tuberculoid leprosy and treatment, using increasing doses of the sulfones, was commenced at the beginning of February.

The date of onset of the disease is unknown and the patient had not received any treatment before this diagnosis. He has been living for several years in contact with his wife, three children and mother-in-law. He is not disabled and will be seen weekly by his physician. The whole family will be examined at regular intervals.

Case 2

This is a Haitian woman, born in 1951, who immigrated to Quebec in August, 1971, and has lived in Montreal since that time. Her illness probably dates back to June, 1973. The first symptoms of hypopigmented patches on arms and legs and nasal obstruction were slow in developing. A diagnosis of lepromatous leprosy was confirmed on February 26, 1976, when this woman was hospitalized for the delivery of her baby. She has had no subsequent contact with the baby. On March 5, 1976, treatment with increasing doses of deprone was commenced. This person had not received any previous treatment for leprosy. She now exhibits a generalized papular rash. She will remain in hospital until negative smears are obtained from nasal mucosa and the ear lobe. When she returns home she will remain in relative isolation and will be seen every month for a check-up and treatment supervision.

The neonate was given BCG at birth and is now at home. The other family contacts, her husband and a two-year old daughter, will be given a tuberculin test and administered BCG if their tests are negative. Lepromin testing is being planned. These contacts will be seen every six months.

LÈPRE - MONTRÉAL

Deux cas de lèpre ont été identifiés à Montréal depuis le début de 1976.

Cas n°1

Il s'agit d'un Vietnamien, âgé d'une quarantaine d'années, qui habite Montréal depuis fin juin 1975. Le patient a consulté son médecin au début de janvier 1976 à propos d'une tache rouge siégeant à l'un des pieds; une biopsie suivie d'une coloration de Ziehl a été effectuée. Le diagnostic de lèpre tuberculoïde a été posé et le traitement a été commencé au début du mois de février (doses croissantes de sulfones).

La date du début de la maladie n'est pas connue et le patient n'avait reçu aucun traitement auparavant. Il a vécu pendant plusieurs années au contact de sa femme, de ses trois enfants et de sa belle-mère. Il n'est pas handicapé et il sera examiné hebdomadairement par son médecin. Toute sa famille sera examinée à intervalles réguliers.

Cas n° 2

Il s'agit d'une Haitienne, née en 1951, qui a émigré au Québec en août 1971 et qui vit à Montréal depuis cette époque. Il est probable que sa maladie remonte à juin 1973. L'évolution des premiers symptômes, soit des taches hypo-pigmentées sur les bras et les jambes et de l'obstruction nasale, a été lente. Le diagnostic de lèpre lépromateuse a été confirmé le 26 février 1976 lorsque cette femme a été hospitalisée pour un accouchement. Par la suite, elle n'a eu aucun contact avec son enfant. Le 5 mars, un traitement a été commencé (Déprone à doses croissantes). Cette personne n'avait jamais reçu de traitement pour la lèpre auparavant. Actuellement, elle présente une éruption papulaire généralisée. Elle restera à l'hôpital jusqu'à ce que des frottis négatifs soient obtenus à partir du mucus nasal et du lobe de l'oreille. Lorsqu'elle retournera chez elle, elle continuera à rester en état d'isolement relatif et elle sera examinée une fois par mois pour vérification de son état général et pour contrôle du traitement.

Du BCG a été administré au nouveau-né à sa naissance et il se trouve actuellement chez lui. Les autres contacts familiaux, soit son mari et une fille âgée de deux ans, subiront un test à la tuberculine et du BCG leur sera administré si le test est négatif. Une épreuve à la lépromine est envisagée. Ces contacts seront examinés tous les six mois.

Prior to coming to Canada this woman lived with her family in Haiti. None of these people has shown any signs or symptoms of leprosy.

SOURCE: *Dr. A. Paquin, Assistant Director, Social Affairs, City of Montreal, and Dr. G. Martineau, Chief, Infectious Diseases Services, Department of Social Affairs, Quebec.*

Editorial Comment: There are approximately 80 known cases of leprosy in Canada. Leprosy is a chronic communicable disease characterized by lesions of the skin (infiltration, macules, plaques, papules and nodules), involvement and often palpable enlargement of peripheral nerves, with consequent anesthesia, muscle weakness and paralysis, and by trophic changes in skin, muscle and bone. Two distinct major types occur: lepromatous and tuberculoid. In lepromatous leprosy there are diffuse skin lesions and invasion of the upper respiratory tract, the lymphoid system and some viscera; skin lesions may ulcerate; iritis and keratitis are common. The tuberculoid form is usually localized, with discretely demarcated skin lesions, relatively early nerve involvement, and frequently spontaneous healing in 1-3 years. Diagnosis of leprosy is best confirmed by biopsy of a suspected skin lesion with evaluation by a pathologist knowledgeable in the disease.

Avant son arrivée au Canada, cette femme a vécu en Haïti avec sa famille. Aucune de ces personnes n'a présenté de signes, ni de symptômes de lèpre.

SOURCE: *Dr A. Paquin, Directeur adjoint, Affaires sociales, Ville de Montréal et Dr G. Martineau, Chef, Service des maladies infectieuses, Ministère des Affaires sociales, Québec.*

Note de la rédaction: Il existe environ 80 cas connus de lèpre au Canada. La lèpre est une maladie chronique transmissible caractérisée par les signes suivants: lésions de la peau (infiltration, macules, plaques, papules et nodules), atteinte et hypertrophie souvent palpable des nerfs périphériques, entraînant l'anesthésie, la faiblesse musculaire et la paralysie, ainsi que des changements trophiques de la peau, des muscles et des os. On distingue deux principales formes: lépromateuse et tuberculoïde. La lèpre lépromateuse est caractérisée par les signes suivants: lésions cutanées diffuses et atteinte des voies respiratoires supérieures, du système lymphatique et de certains viscères; les lésions de la peau peuvent s'ulcérer; l'iritis et la kératite sont courantes. La forme tuberculoïde est généralement localisée, les patients présentent des lésions cutanées discrètement délimitées, une atteinte relativement précoce des nerfs; souvent la maladie guérit spontanément au bout d'un à trois ans. La meilleure façon de confirmer le diagnostic consiste à pratiquer la biopsie d'une lésion cutanée et de la soumettre à un anatomo-pathologiste connaissant bien cette maladie.

EGGS OF PLANT PARASITIC NEMATODES IN HUMAN STOOL

A recent survey in Ste. Julienne, Co. Montcalm, Que., produced elongate eggs measuring 112µm x 40µm from the stool of a middle-aged woman. The eggs contained balls of cells, but they were not embryonated and did not contain vermiform larvae (Figure 1). The eggs were those of a cyst or gall forming nematode of the genera *Heterodera* or *Meloidogyne* which attack the roots of plants. There are a few early reports of such eggs being wrongly identified as human pathogens, but none apparently in Canada. The detailed identification of such eggs is further confirmed if the embryo has developed into a stylet-bearing larva.

PRÉSENCE D'OEUFS DE NÉMATODES PARASITES DES VÉGÉTAUX DANS LES SELLES CHEZ L'HOMME

Une enquête récente effectuée à Sainte Julienne, Comté de Montcalm, Québec, a permis de mettre en évidence des oeufs de forme allongée, mesurant 112µm x 40µm, dans les selles d'une femme d'âge moyen. Les oeufs contenaient des paquets de cellules, mais n'étaient pas embryonnés et ne contenaient pas de larves vermiformes (Figure 1). Il s'agissait d'oeufs de nématodes provoquant des kystes ou des élevures du genre *Heterodera* ou *Meloidogyne* et qui attaquent les racines des plantes. Il a été récemment signalé que de tels oeufs ont été identifiés par erreur comme agents pathogènes pour l'homme (apparemment pas au Canada). L'identification précise de tels oeufs est ultérieurement confirmée si l'embryon se transforme en une larve porteuse d'un stylet.

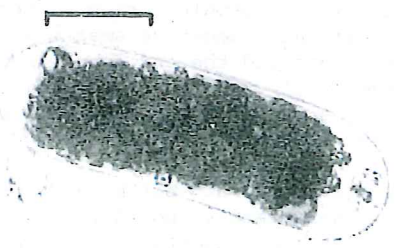
FIGURE 1

Egg from stool

Oeuf présent dans les selles

Scale = 25µm

Echelle = 25µm



The subject showed no pathological symptoms, nor would this be expected. She ate many vegetables from her garden, and while no eggs were isolated from her cellar stores of potatoes, it was clear that the eggs could have readily been consumed as contaminants of her food. On re-examination of the subject two weeks later, there were no eggs in the stool.

References: *Kofoid, C.A. and White, W.A. (1919). A new nematode infection of man. J. Amer. Med. Assoc. 72: 567-569.*
Sandground, J.H. (1923). "Oxyuris incognita" or Heterodera radicicola? J. Parasit., 10: 92-94.

SOURCE: *Dr. G.M. Faubert, Chef de Parasitologie, Ministère des Affaires sociales, Section des Laboratoires; Dr. Neil A. Croll and Mr. J.M. Smith, National Reference Centre for Parasitology, Institute of Parasitology, Macdonald College, McGill University; and Dr. C.H. Högger, Department of Plant Pathology, Macdonald College, McGill University, Que.*

Announcement

OLYMPIC GAMES VACCINATION REQUIREMENTS

The Canadian Health Administration and the Organizing Committee of the Olympic Games have confirmed that the vaccination certificate requirements during the period of the games are those presently in force and which conform entirely to the International Health Regulations.

A smallpox vaccination certificate is not required from any participant or visitor unless within the 14 days prior to entering Canada the person concerned has been in or passed through a country any part of which has a smallpox infected area. As of 21 May, Ethiopia is the only country in which a smallpox infected area is believed to exist.

Neither a cholera nor a yellow fever vaccination certificate is required on entry to Canada.

All health administrations are requested to bring this information to the attention of their National Olympic Committees.

Notice: re Announcement, Vol. 2-22, p. 88.

The first paragraph should read as follows: "The purpose of this course is to provide participants with a working knowledge of epidemiological principles which they can apply to new problems in the preventable communicable and chronic disease fields. The main emphasis will be on infectious diseases. In order ..."

International Notes

DEATHS FROM ACCIDENTAL POISONINGS - UNITED STATES

The National Center for Health Statistics recently released mortality data for the years 1971, 1972, and 1973 which show a continuing

Le sujet ne présentait aucun symptôme pathologique, manifestation à laquelle il n'y avait d'ailleurs pas lieu de s'attendre. La personne avait consommé beaucoup de légumes provenant de son jardin et, bien qu'aucun oeuf n'ait pu être isolé dans les pommes de terre qu'elle conservait dans sa cave, il est évident que les oeufs ont pu être consommés avec les aliments contaminés. Lors d'un réexamen du sujet deux semaines plus tard, aucun oeuf n'a été mis en évidence dans les selles.

Références: *Kofoid, C.A. et White, W.A. (1919). A new nematode infection of man. J. Amer. Med. Assoc. 72: 567-569.*
Sandground, J.H. (1923). "Oxyuris incognita" or Heterodera radicicola? J. Parasit., 10: 92-94.

SOURCE: *Dr G.M. Faubert, Chef de Parasitologie, Ministère des Affaires sociales, Section des laboratoires; Dr Neil A. Croll et M. J.M. Smith, Centre national de référence de parasitologie, Institut de Parasitologie, Collège Macdonald, Université McGill; Dr C.H. Högger, Service de pathologie végétale, Collège Macdonald, Université McGill, Montréal.*

Annonce

VACCINATIONS REQUISES PENDANT LES JEUX OLYMPIQUES

L'administration sanitaire canadienne et le Comité d'organisation des Jeux olympiques ont confirmé que les exigences relatives aux vaccinations requises pour la période des Jeux sont celles actuellement en vigueur et sont entièrement conformes aux dispositions du Règlement sanitaire international.

Les participants et visiteurs n'auront pas à présenter de certificat de vaccination contre la variole, à moins que, dans les 14 jours précédant leur arrivée au Canada, ils n'aient séjourné dans un pays dont une partie quelconque est infectée ou aient transité par un tel pays. Au 21 mai, l'Ethiopie était considérée comme le seul pays contenant encore une zone infectée.

Les personnes entrant au Canada n'ont pas à présenter de certificat de vaccination contre le choléra ou la fièvre jaune.

Toutes les administrations sanitaires sont priées de porter ces informations à la connaissance de leurs comités olympiques nationaux.

Avis: objet Avis, Vil. 2-22, p. 88.

Le premier paragraphe devrait se lire comme suit: "L'objet de ce cours est de fournir aux participants des connaissances pratiques sur les principes de l'épidémiologie qu'ils pourront utiliser pour résoudre de nouveaux problèmes dans le domaine des maladies transmissibles ou chroniques évitables. On insistera particulièrement sur les maladies infectieuses. Pour atteindre ..."

Notes internationales

DÉCÈS PROVOQUÉS PAR DES INTOXICATIONS ACCIDENTELLES - ÉTATS-UNIS

Le National Center for Health Statistics a récemment publié les chiffres de la mortalité pour les années 1971, 1972 et 1973, qui montrent une diminution continue des

decline of deaths from accidental poisonings among children under 5 years of age. The 31 percent drop for this age group in 1973 from the previous year is particularly significant, since the first safety packaging regulation took effect in the latter part of 1972. Deaths of children under 5 years of age from accidental poisonings of aspirin products (salicylates and congeners) showed an even more dramatic decline of 43.5 percent in 1973. In addition, the aspirin category for that year reached its lowest point, 25 percent, of the total of all drugs responsible for deaths from accidental poisonings of children of that age group.

SOURCE: *U.S. Department of Health, Education, and Welfare, National Clearinghouse for Poison Control Centers, Bulletin, September-October 1975.*

décès provoqués par des intoxications accidentelles parmi les enfants âgés de moins de cinq ans. La diminution, pour ce groupe d'âge en 1973, de 31 pour cent par rapport à l'année précédente, est particulièrement significative, compte tenu du fait que les premiers règlements concernant les emballages de sûreté n'ont été mis en vigueur que vers la fin de 1972. Chez les enfants âgés de moins de cinq ans, pour la même période, les décès imputables aux intoxications accidentelles par les produits contenant de l'aspirine (salicylates et produits similaires), ont diminué de façon encore plus spectaculaire, soit de 43,5 pour cent. De plus, au cours de cette même année, parmi les médicaments ayant provoqué des décès chez les enfants âgés de moins de cinq ans par suite d'intoxication accidentelle, l'aspirine a atteint son taux le plus bas, soit 25 pour cent.

SOURCE: *U.S. Department of Health, Education, and Welfare, National Clearinghouse for Poison Control Centers, Bulletin, septembre-octobre 1975.*

MONTHLY QUARANTINABLE DISEASES REPORT/

RAPPORT MENSUEL DES MALADIES QUARANTENAIRES

Week Ending: 3 June, 1976 — Semaine se terminant: le 3 juin 1976

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
Ethiopia / Ethiopie	Bangladesh Benin / Bénin Burma / Birmanie Cameroon / Cameroun Ghana India / Inde Indonesia / Indonésie Kenya Liberia / Libéria Malawi Nigeria / Nigéria Philippines Southern Rhodesia / Rhodésie du Sud Sri Lanka Thailand / Thailande	Angola Bolivia / Bolivie Brazil / Brésil Cameroon / Cameroun Colombia / Colombie Ghana Nigeria / Nigéria Sierra Leone Sudan / Soudan Zaire / Zaïre	Bolivia / Bolivie Brazil / Brésil Burma / Birmanie Ecuador / Equateur (1 suspected case / 1 cas suspect) Lesotho Madagascar Peru / Pérou Zaire / Zaïre
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 quarantenaires, Quarantaine et Réglementation, Direction générale des services médicaux, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.

This Report presents current epidemiological and statistical information on infectious and other diseases and is available free of charge upon request. Contributions are welcome from anyone working in the health field and will not preclude publication elsewhere.

Send reports to the Editor:

Dr. F.M.M. White, Bureau of Epidemiology,
Laboratory Centre for Disease Control,
Tunney's Pasture,
Ottawa, Ontario, Canada K1A 0L2

Assistant Editor: E. Paulson

Le présent Rapport présente les données épidémiologiques et statistiques courantes sur les infections et autres maladies et peut être obtenu gratuitement sur demande. Toute personne oeuvrant dans le domaine de la santé est invitée à collaborer, et la publication d'un article dans le Rapport n'en empêche pas la publication ailleurs.

Prière d'envoyer les rapports au Rédacteur en chef:

Dr F.M.M. White, Bureau de l'épidémiologie,
Centre de lutte contre la maladie,
Parc Tunney,
Ottawa (Ontario) Canada K1A 0L2

Rédacteur en chef adjoint: E. Paulson