

DEC - 6 1976

CANADIANA
C 2Date of publication: November 27, 1976 vol. 2-48
date de publication: 27 novembre 1976

canada diseases

weekly report

rapport hebdomadaire
des maladies au canada

Alert

PENICILLINASE-PRODUCING NEISSERIA GONORRHOEAE

An isolate of penicillinase-producing *N. gonorrhoeae* was confirmed in Canada on November 18, 1976, in a 35-year-old male who is known to have had contact in the Far East. A complete epidemiological investigation is under way.

SOURCE: Dr. E.J. Bowmer, Provincial Laboratories, Vancouver; and Bureau of Bacteriology, L.C.D.C., Ottawa.

SURVEILLANCE OF PENICILLINASE-PRODUCING NEISSERIA GONORRHOEAE

During the past year the Department of Laboratory Medicine, Hamilton General Hospital, Ontario, has screened approximately 400 strains of *N. gonorrhoeae* and found none that are penicillinase-producing. In addition, all of these strains have been typed according to their nutritional requirements⁽¹⁾ and have had their minimum inhibitory concentration to penicillin, tetracycline, erythromycin, and spectinomycin estimated. The technique of auxotroph typing is established at this centre on a routine basis and all isolates are being typed. The potential epidemiological usefulness of this service has already been demonstrated by showing that organisms isolated from named sexual contacts, and organisms isolated from different body sites of the same person are of the same auxotrophic type.

1. Catlin, B.W., 1973. J. Inf. Dis., 128: 178.

SOURCE: Dr. I.O. Stewart, Associate Professor of Pathology, McMaster University, and Head of Microbiology, Hamilton General Hospital.

Alerte

NEISSERIA GONORRHOEAE PRODUCTEUR DE PENICILLINASE

L'isolement de *N. gonorrhoeae* producteur de pénicilline a été confirmé au Canada le 18 novembre 1976, chez un homme de 35 ans qui a été contaminé en Orient. Une enquête épidémiologique complète est en cours.

SOURCE: Dr. E.J. Bowmer, Laboratoires provinciaux, Vancouver et Bureau de bactériologie, Laboratoire de lutte contre la maladie, Ottawa.

SURVEILLANCE DE NEISSERIA GONORRHOEAE
PRODUCTEUR DE PENICILLINASE

Au cours de l'année dernière, le Department of Laboratory Medicine, du Hamilton General Hospital, Ontario, a examiné environ 400 souches de *N. gonorrhoeae* et a conclu qu'aucune n'était productrice de pénicillinase. En outre, le typage de toutes ces souches a été effectué selon leurs besoins nutritionnels⁽¹⁾ et on a également procédé à l'évaluation de la concentration inhibitrice minimale pour la pénicilline, la tétracycline, l'erythromycine et la spectinomycine. La technique du typage auxotrophique est systématiquement utilisée dans ce centre et le typage de tous les isolats a été effectué. L'utilité épidémiologique potentielle de ce service a déjà été établie car il a permis de démontrer que les micro-organismes isolés chez des contacts sexuels et ceux qui proviennent de différentes parties du corps d'une même personne appartiennent au même type auxotropique.

1. Catlin, B.W., 1973. J. Inf. Dis., 128: 178.

SOURCE: Dr. I.O. Stewart, Associate Professor of Pathology, McMaster University et Chef du service de microbiologie, Hamilton General Hospital.

Rapport provisoire

FIEVRE HÉMORRAGIQUE D'ORIGINE VIRALE RESSEMBLANT À LA
MALADIE DE MARBURG - ZAIRE

Le ministère de la Santé a demandé à une commission internationale d'aider à combattre et à élucider l'épidémie de fièvre hémorragique qui a commencé le 3 septembre 1976 dans le village de Yambuku (municipalité de Yandongi, zone de Bumba, province de l'Équateur). Au 1^{er} novembre, on dénombrait au moins 358 cas, dont 325 mortels, dans une

Interim Report

MARBURG-LIKE VIRAL HAEMORRHAGIC FEVER - ZAIRE

The Ministry of Health arranged for an international commission to assist in the control and further understanding of the outbreak of haemorrhagic fever which began on 3 September 1976 in the village of Yambuku in Yandongi community in the zone of Bumba in Equateur Province.

By 1 November, at least 358 cases of which 325 were fatal had occurred in an area of approximately 13 000 km². Subsequent investigations have shown that the case-fatality ratio is very much less than indicated at the time these figures were available. Movement of persons into and out of the area has been strictly controlled since the disease was first reported. Public health teams have visited the area several times, including the village of Yambuku where the epidemic originated and which is the site of a large mission hospital. Every effort has been made to explain to the local authorities and to the people the essential sanitary and isolation measures and to assist in implementing them.

A nurse was evacuated from Yambuku to Kinshasa on 23 September and died on 6 October. A companion who cared for her fell ill on 8 October and died on 14 October. A nurse at the hospital where these two cases were treated fell ill on 13 October and died on 20 October. Intensive control measures were undertaken in Kinshasa, including the isolation of 24 primary contacts for 21 days, and no subsequent spread has occurred.

An investigation in the Yandongi community has revealed an attack rate of eight per 1,000 population. The secondary attack rate amongst families in rural villages is about 15%, which suggests that the virus is not as highly transmissible as was previously thought. Although information is incomplete, the epidemic appears to be diminishing due to selective isolation of patients, families and villages affected with the disease.

SOURCE: WHO, *Weekly Epidemiological Record*, Vol. 51, No. 46, 1976.

A CASE OF WOHLFAHRTIA VIGIL FROM PRINCE EDWARD ISLAND

In July 1976, a 3-month-old baby girl from Prince Edward Island was found to be infected with larvae of *Wohlfahrtia vigil* (Walker), a flesh fly.

The infection was observed as 5 raised furuncles across the infant's upper chest (Figure 1). Subsequent culture showed a *Staphylococcus* infection which was treated with PhisoHex® baths and an antibiotic cream. Five larvae, identified as *Wohlfahrtia vigil* were obtained from the lesions (Figure 2). The child then recovered within several days.

This flesh fly is not uncommon across Canada. Children less than 6 months old are considered most susceptible to the larvipositing adult female due to their soft, easily broken skin.

région d'environ 13 000 km². Des enquêtes ultérieures ont montré que le taux de létalité est très inférieur à celui qui a été indiqué au moment où l'on a connu ces chiffres. Le mouvement des personnes à l'entrée et à la sortie de la région est strictement contrôlé depuis que la maladie a été signalée. Des équipes de santé publique se sont rendues à diverses reprises dans la région et notamment dans le village de Yambuku où l'épidémie a pris naissance et où se trouve un important hôpital de mission. Tout a été mis en oeuvre pour expliquer aux autorités locales et à la population les mesures essentielles d'hygiène et d'isolement à prendre et pour les aider à les appliquer.

Une infirmière évacuée de Yambuku à Kinshasa le 23 septembre est morte le 6 octobre. Une personne qui l'accompagnait est tombée malade le 8 octobre et est morte le 14 octobre. Une infirmière de l'hôpital où ces deux cas étaient traités est tombée malade le 13 octobre et est morte le 20 octobre. Des mesures rigoureuses ont été prises à Kinshasa, où l'on a notamment isolé 24 contacts primaires pendant 21 jours, et il n'y a pas eu de propagation ultérieure de la maladie.

Une enquête faite dans la municipalité de Yandongi a révélé un taux d'atteinte de huit pour 1 000 habitants. Le taux d'atteinte secondaire dans les familles des villages est d'environ 15%, ce qui fait penser que le virus n'est pas aussi fortement transmissible qu'on l'avait cru tout d'abord. Bien que les informations disponibles soient incomplètes, il semble que l'épidémie décline à la suite de l'isolement sélectif des malades, des familles et des villages affectés.

SOURCE: OMS, *Relevé épidémiologique hebdomadaire*, Vol. 51, n° 46, 1976.

UN CAS DE WOHLFAHRTIA - ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD

En juillet 1976, une fillette de 3 mois de l'île-du-Prince-Édouard était infectée par des larves de mouche *Wohlfahrtia vigil* (Walker).

L'infection se présentait sous forme de 5 furoncles saillants sur la partie supérieure de la poitrine du bébé (Figure 1). Les cultures effectuées ont mis en évidence une infection à *Staphylococcus* qui a été traitée par des bains de PhisoHex® et une crème antibiotique. Cinq larves, identifiées comme *Wohlfahrtia vigil*, ont été extraites des lésions (Figure 2). L'enfant a ensuite été guéri en quelques jours.

Cette mouche est assez commune au Canada. Les enfants de moins de 6 mois sont considérés comme les plus exposés au dépôt des larves par la mouche femelle adulte, étant donné que leur peau est tendre et se déchire facilement.

Figure 1. Infant's Upper Chest Showing Furuncles
Furoncles à la partie supérieure de la poitrine du bébé



Figure 2. Larvae of *Wohlfahrtia vigil* (Walker)
Larves de *Wohlfahrtia vigil* (Walker)



Reference: O'Rourke, F.J., 1954. Can. Med. Assoc. J., 71: 146.

SOURCE: Dr. Neil A. Croll and Theresa Gyorkos, Institute of Parasitology, Macdonald College Campus of McGill University and the National Reference Centre for Parasitology, Montreal; and Dr. C.A. Brown, The Polyclinic, Charlottetown, P.E.I.

Editorial Note: There is little understanding about parasitic fly infestation (myiasis) in Canada.

In an earlier editorial comment (CDWR, 2 (44): 175, October 30, 1976) it was stated that the case presented was thought to be the first report of intestinal myiasis in Canada. However, it has since come to our attention that two cases of human *Sarcophaga* myiasis in Quebec were reported in 1974⁽¹⁾ and one case of intestinal myiasis in a 36-year-old Ontario man caused by the flesh fly *Sarcophaga haemorrhoidalis* was reported in 1956.⁽²⁾

This subject will be reviewed in a future issue of CDWR.

References:

1. Ali-Khan, F.E.A. and Ali-Khan, Z., 1974. Can. J. Zool., 52 (5): 643.
2. Judd, W.W., 1956. Can. Entomol., 88: 117.

Research Note

HEPATITIS B DECLINES IN UNITED KINGDOM DIALYSIS UNITS SINCE PROGRAM INTRODUCED IN 1970

A prospective study of hepatitis B commencing in 1968 in over two-thirds of United Kingdom dialysis units demonstrates a sustained decline in incidence to a level of only 0.3% among patients and 0.1% among staff in 1973 since the introduction of a control and prevention program

Référence: O'Rourke, F.J., 1954. Journal de l'Association médicale canadienne, 71: 146.

SOURCE: Dr. Neil A. Croll et Theresa Gyorkos, Institut de parasitologie, Campus du Collège Macdonald de l'Université McGill et Centre national de référence de parasitologie, Montréal; Dr. C.A. Brown, The Polyclinic, Charlottetown, Î.-P.-É.

Note de la rédaction: Au Canada, on connaît assez mal les infestations par les mouches parasites (myiases).

Dans une récente "note de la rédaction" (RHMC, 2 (44): 175, 30 octobre 1976), il avait été indiqué que l'on croyait que le cas exposé était le premier cas de myiase intestinale signalé au Canada. Toutefois, nous avons appris depuis, qu'au Québec, 2 cas de myiase à *Sarcophaga* avaient été signalés chez l'homme en 1974⁽¹⁾ et, qu'en Ontario, un cas de myiase intestinale occasionnée par la mouche *Sarcophaga haemorrhoidalis* avait été signalé chez un homme de 36 ans en 1956⁽²⁾.

Ce sujet fera prochainement l'objet d'un article dans le Rapport hebdomadaire des maladies au Canada (RHMC).

Références:

1. Ali-Khan, F.E.A. et Ali-Khan, Z., 1974, Can. J. Zool., 52 (5): 643.
2. Judd, W.W., 1956. Can. Entomol., 88: 117.

Note sur la recherche

DÉCLIN DE L'HÉPATITE B DANS LES SERVICES D'HÉMODYALYSE DEPUIS LA MISE EN OEUVRE D'UN PROGRAMME EN 1970 - ROYAUME-UNI

Une étude prospective de l'hépatite B, commencée en 1968 dans les deux tiers des services d'hémodialyse du Royaume-Uni, a montré une diminution marquée de l'incidence, qui a atteint seulement 0,3% chez les patients et 0,1% chez le personnel en 1973, depuis la mise en oeuvre d'un programme de prévention et de lutte, en 1970. Ces

in 1970. This represents a greater than 10-fold decrease in four years.

Reference: Br. Med. J., 1: 1579, 1976.

Announcement

PERSPECTIVES ON THE CONTROL OF VIRAL
HEPATITIS TYPE B

A joint statement on this subject, prepared in the United States by the Committee on Viral Hepatitis, Division of Medical Sciences, National Academy of Sciences - National Research Council, and the Public Health Service Advisory Committee on Immunization Practices, was published earlier this year as a supplement to the Morbidity and Mortality Weekly Report (Vol. 25, No. 17, May 7, 1976). Copies of this original document are available from the Center for Disease Control, as announced in an earlier edition of Canada Diseases Weekly Report (Vol. 2-29, July 17, 1976).

This statement has been endorsed in Canada by the Advisory Committee on Hospital Acquired Infections and has been republished in both French and English in the Laboratory Centre for Disease Control Newsletter (1976-2) by permission from the Center for Disease Control, Atlanta. Additional copies of the French text are available from the Bureau of Epidemiology, L.C.D.C., Ottawa.

chiffres indiquent une incidence 10 fois plus faible depuis 4 ans.

Référence: Br. Med. J., 1: 1579, 1976.

Avis

PERSPECTIVES DE LUTTE CONTRE L'HÉPATITE VIRALE DE TYPE B

Une déclaration conjointe, préparée aux États-Unis par le Committee on Viral Hepatitis, Division of Medical Sciences, National Academy of Sciences - National Research Council et le Public Health Service Advisory Committee on Immunization Practices, a été publiée à ce sujet au début de cette année, sous forme de supplément au Morbidity and Mortality Weekly Report (Vol. 25, N° 17, 7 mai 1976). Des exemplaires de ce document peuvent être obtenus en s'adressant au Center for Disease Control, comme nous l'avons annoncé dans l'un des numéros précédents du Rapport hebdomadaire des maladies au Canada (Vol. 2-29, 17 juillet 1976).

Au Canada, cette déclaration a été appuyée par le Comité consultatif des infections nosocomiales et a été publiée en français et en anglais, dans le bulletin du Laboratoire de lutte contre la maladie (1976-2) avec la permission du Center for Disease Control, Atlanta. Des exemplaires de la version française peuvent être obtenus en s'adressant au Bureau d'épidémiologie, Laboratoire de lutte contre la maladie, Ottawa.

MONTHLY QUARANTINABLE DISEASES REPORT/ RAPPORT MENSUEL DES MALADIES QUARANTINAIRES			
Week Ending: 18 November, 1976	Semaine se terminant: le 18 novembre 1976		
SMALLPOX/VARIOLE	CHOLERA/CHOLERA	YELLOW FEVER/ FIÈVRE JAUNE	PLAQUE/PESTE
<u>Infected Areas/ Régions infectées</u> Somali / Somalie	<u>Infected Areas/ Régions infectées</u> Bangladesh Benin Burma / Birmanie Cameroun / Cameroun Cape Verde Islands / Îles du Cap Vert Gaza Ghana India / Inde Indonesia / Indonésie Kenya Liberia / Libéria Malawi Maroc / Maroc Népal / Népal Nigeria / Nigéria Philippines Saudi Arabia / Arabie Saoudite Southern Rhodesia / Rhodesie du Sud Sri Lanka Syrian Arab Republic / République Arabe Syrienne	<u>Infected Areas/ Régions infectées</u> Angola Bolivia / Bolivie Colombie / Colombie Ecuador / Équateur Ghana Nigeria / Nigéria Peru / Pérou Soudan / Soudan Zaire / Zaïre	<u>Infected Areas/ Régions infectées</u> Bolivia / Bolivie Brasil / Brésil Burma / Birmanie Ecuador / Équateur Laos Madagascar Mozambique Zaire / Zaïre
<u>Endemic Areas/ Régions endémiques</u>	<u>Endemic Areas/ Régions endémiques</u>	<u>Endemic Areas/ Régions endémiques</u>	<u>Endemic Areas/ Régions endémiques</u>

SOURCE: Weekly Quarantineable Disease Report, Quarantine and Regulatory, Medical Services Branch, Department of National Health and Welfare,
Rapport hebdomadaire des maladies quarantinaires, Quarantine 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 Rééditeur en chef:

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

Rédacteur en chef adjoint: E. Paulson