



Canada Diseases Weekly Report

Current Report

LEGIONNAIRES' DISEASE - CANADA

Ontario: Twenty (20) cases of Legionnaires' disease have been confirmed in this province between August 7 and September 26, 1979. The 4 additional cases reported since September 6(1) occurred in persons who neither worked nor lived in North York. Three (3) of these were males, age 56, 45 and 68, residing in the Borough of York, City of Toronto, and Simcoe County respectively. All have responded to therapy. The fourth case, a 64-year-old female resident of Picton, was hospitalized in Kingston where she died on August 24. This is the second death to occur due to Legionnaires' disease in the 20 confirmed cases.

In addition, a Pontiac-fever-like illness in a 32-year-old male awaits final confirmation. The patient became ill with acute tracheobronchitis while visiting California, and returned to Ontario to consult his family physician. Indirect fluorescent antibody (IFA) testing revealed a 4-fold rise in titre levels. Confirmation will make this the second Pontiac-fever case to occur in this series.

Reference:

- CDWR, Vol. 5-37, 1979.

SOURCE: P. Lavigne, M.D., Field Epidemiologist, (L.C.D.C.), R. Andreychuk, M.D., and J.M. Joshua, M.D., Communicable Disease Control Service, Ontario Ministry of Health, Toronto.

Alberta: A 60-year-old female was admitted to Calgary General Hospital on June 29, 1979, with symptoms and signs of pneumonia of approximately 5 days' duration. She had been receiving steroids for lupus erythematosus which was considered to be quiescent and in remission.

Chest X-ray on admission revealed a pulmonary infiltrate. Sputum examination failed to reveal a causative organism and the patient's clinical condition did not respond to antibiotics. Over a short period of time the infiltrate extended considerably, involving the other lung. The patient's clinical condition deteriorated and she succumbed to the illness.

Lung tissue obtained at autopsy and sent to CDC, Atlanta was reported positive by direct fluorescent antibody testing for Legionnaires' disease organisms, serogroup 1.

SOURCE: M.A. Andersen, M.D., Pathologist, R.A. Ferrier, M.D., Family Practitioner and J.D. Sandhan, M.D., Director, I.C.U., Calgary General Hospital, Calgary.

OCT 21 1992

LABORATORY CENTRE FOR DISEASE CONTROL, CALGARY Rapport hebdomadaire des maladies au Canada CENTRE DE LUTTE CONTRE LA MALADIE, BIBLIOTHEQUE

Rapport d'actualité

MAL DU LÉGIONNAIRE - CANADA

Ontario: Vingt (20) cas de Mal du légionnaire ont été confirmés dans cette province entre le 7 août et le 26 septembre 1979. Quatre (4) cas additionnels signalés depuis le 6 septembre(1) sont survenus chez des personnes ne travaillant pas ou n'habitant pas dans North York, soit trois (3) hommes, âgés de 56, 45 et 68 ans, habitant respectivement dans le Borough de York, dans la ville de Toronto et dans le comté de Simcoe, qui ont tous répondu favorablement au traitement, et une femme de 64 ans habitant à Picton, qui a été admise dans un hôpital de Kingston où elle est décédée le 24 août. Il s'agit du 2e décès attribuable au Mal du légionnaire parmi les 20 cas confirmés.

De plus, une affection apparentée à la fièvre Pontiac chez un homme de 32 ans attend une confirmation définitive. Alors qu'il était en visite en Californie, le malade a manifesté une trachéo-bronchite aiguë; il est revenu en Ontario pour consulter son médecin de famille. La technique indirecte des anticorps fluorescents (AFI) a révélé que le titre d'anticorps avait quadruplé. S'il y a confirmation, il s'agira du 2e cas de fièvre Pontiac à survenir dans cette série de cas.

Référence:

- R.H.M.C., Vol. 5-37, 1979.

SOURCE: Dr P. Lavigne, épidémiologiste régional (L.L.C.M.), Dr R. Andreychuk et Dr J.M. Joshua, Communicable Disease Control Service, ministère de la Santé de l'Ontario, Toronto.

Alberta: Le 29 juin 1979, une femme âgée de 60 ans a été admise à l'Hôpital Général de Calgary parce qu'elle présentait depuis environ 5 jours des symptômes et des signes de pneumonie. Elle a reçu des stéroïdes pour le traitement d'un lupus érythémateux que l'on considérait comme en état de latence ou de rémission.

Une radiographie pulmonaire réalisée à l'admission a révélé la présence d'un infiltrat pulmonaire. L'examen des expectorations n'a pas permis d'identifier l'agent étiologique; l'état clinique de la malade n'a pas réagi à un traitement aux antibiotiques. En un court laps de temps, l'infiltrat s'est propagé considérablement, atteignant l'autre poumon, et la malade est décédée peu de temps après.

Un échantillon de tissu pulmonaire obtenu à l'autopsie et envoyé au CDC, à Atlanta, s'est révélé positif, selon la technique directe des anticorps fluorescents, à l'égard de l'agent étiologique du Mal du légionnaire, séro-groupe 1.

SOURCE: Dr M.A. Andersen, anatomo-pathologiste, Dr R.A. Ferrier, médecine familiale, et Dr J.D. Sandhan, Directeur, Unité de soins intensifs, Hôpital Général de Calgary, Calgary.



Québec

Case 1: An active 85-year-old male was found to have high titre values (1:256, 1:512 and 1:128) over a 6-week period following pneumonia. In the month prior to his onset of symptoms on June 29, 1979, he had visited the State of Vermont on 2 occasions, the second being on the day he became ill. Initial malaise was succeeded by chest pain, fever and severe chills, followed by loss of consciousness, which persisted for 5 days. He was hospitalized in Vermont. The patient has fully recovered, although still somewhat weak.

Case 2: The onset of symptoms and signs of pneumonia occurred in a 75-year-old retired male on June 30, 1979, and 48 hours later he was admitted to hospital. His previous medical history included a "pre-leukemic state" diagnosed in March 1979, and congestive heart failure.

Despite treatment with cephalothin (4 days), followed by ampicillin and gentamicin for 13 days, the patient died on July 17.

Autopsy revealed that the patient's pneumonic condition was in a stage of healing, and that death was due to acute myelogenous leukemia and acute gastric haemorrhage.

IFA titres on blood samples taken between July 3 and 17 indicated a rise from <1:64 to 1:1024.

Case 3: Early in August 1979, another elderly male patient was admitted to hospital in a semi-comatose condition following acute onset of pneumonia-like symptoms. Chest X-ray revealed an unilateral infiltrate which showed no response to the initial antibiotics administered and the patient's clinical condition remained serious. Suspecting Legionnaires' disease, therapy was changed to erythromycin, resulting in dramatic improvement in the patient's clinical condition within 48 hours. Serological analysis of a single blood sample gave a titre of 1:1024.

Case 4: On August 11, 1979, an 82-year-old male experienced an onset of fever, chills and rigors. This was followed the next day by nausea and diarrhoea, and he consulted his family physician. Therapy with amoxicillin gave no response and he was eventually hospitalized on August 18, and later transferred to the Montreal General Hospital.

On admission there, multisystem disease involvement was noted, and chest X-ray revealed evidence of pneumonia. Suspecting Legionnaires' disease, the patient was started on erythromycin, but despite initial clinical improvement, he developed additional pathology (renal impairment, pericarditis) and died.

One blood sample taken approximately 3 weeks after the onset of illness gave a titre of 1:256.

SOURCE: (Case 1) S. Robert, Nurse Epidemiologist, M. Jodoin, M.D., Director, D.S.C., and R. Duperval, M.D., C.H.U. de Sherbrooke; (Case 2) C. Lebreque, M.D., R. Evanson, M.D., R.E. Wilson, M.D., D.B. Skinner, M.D., and H. Sheldon, M.D., Montreal General Hospital; (Case 3) M. Bergeron, M.D., Infectious Disease Consultant, P. Corriveau, M.D., Chest Physician and J. Laforge, M.D., Director, I.C.U., Laval Hospital; (Case 4) T.Y. Ti, M.D., Clinical Pharmacology, Montreal General Hospital.

Comment: These reports bring the total of proven or suspected *Legionella pneumophila* infections in Canada to 47 since surveillance was started in 1976. All cases have been sporadic although some "clustering" of cases in the North York area of Ontario suggests a possible unidentified common source exposure which is still being investigated.

Québec

Cas n° 1: On a constaté, chez un homme actif âgé de 85 ans, des titres élevés (1:256, 1:512 et 1:128) au cours d'une période de 6 semaines suivant une pneumonie. Un mois avant l'apparition des symptômes observés le 29 juin 1979, il s'était rendu dans l'État du Vermont à 2 reprises, la 2^e fois le jour même où il est tombé malade. Le malaise initial a été suivi de douleurs à la poitrine, de fièvre et de frissons intenses, ainsi que d'une perte de conscience, qui a duré 5 jours. Il a été hospitalisé au Vermont et, bien qu'encore un peu faible, il s'est rétabli complètement.

Cas n° 2: Le 30 juin 1979, des symptômes et des signes de pneumonie sont apparus chez un retraité âgé de 75 ans; 48 heures plus tard, le malade était admis à l'hôpital. Parmi ses antécédents médicaux figuraient un "état pré-leucémique" diagnostiqué en mars 1979 et une insuffisance cardiaque globale.

Malgré un traitement à la céphalothine (4 jours), suivi d'un traitement à l'ampicilline et à la gentamicine pendant 13 jours, le malade est décédé le 17 juillet.

L'autopsie a révélé que l'affection pulmonaire était en voie de guérison et que le décès était attribuable à une leucémie myélogène aiguë et à une hémorragie gastrique aiguë.

La technique AFI effectuée sur des échantillons de sang prélevés entre le 3 et le 17 juillet a indiqué une augmentation des titres de <1:64 à 1:1024.

Cas n° 3: Au début du mois d'août 1979, un autre malade âgé a été admis à l'hôpital dans un état semi-comateux à la suite de l'apparition brusque de symptômes apparentés à la pneumonie. La radiographie pulmonaire a révélé un infiltrat unilatéral qui est demeuré réfractaire aux antibiotiques initiaux administrés; l'état du malade est demeuré grave. Le Mal du légionnaire ayant été présumé, on a entrepris un traitement à l'érythromycine, ce qui a entraîné une amélioration spectaculaire en 48 heures. L'analyse sérologique d'un seul échantillon de sang a révélé un titre de 1:1024.

Cas n° 4: Le 11 août 1979, un homme âgé de 82 ans présentait de la fièvre, des frissons et des tremblements. Ces manifestations ont été suivies le lendemain de nausée et de diarrhée, ce qui a incité le malade à consulter son médecin de famille. Un traitement au moyen d'amoxicilline s'est révélé inutile et le malade a été hospitalisé le 18 août pour être transféré plus tard à l'Hôpital Général de Montréal.

A l'admission, on a constaté une atteinte de plusieurs systèmes de l'organisme et la radiographie pulmonaire a révélé des signes de pneumonie. Le Mal du légionnaire ayant été soupçonné, un traitement à l'érythromycine a été institué, mais, en dépit de l'amélioration initiale, le malade a manifesté d'autres états pathologiques (affection rénale, péricardite) et est décédé.

Un prélèvement de sang obtenu environ 3 semaines après le début de la maladie a révélé un titre de 1:256.

SOURCE: (Cas n° 1) S. Robert, infirmière-épidémiologue, D^r M. Jodoin, Directeur, D.S.C., et D^r R. Duperval, C.H.U. de Sherbrooke; (Cas n° 2) D^r C. Lebreque, D^r R. Evanson, D^r R.E. Wilson, D^r D.B. Skinner et D^r H. Sheldon, Hôpital Général de Montréal; (Cas n° 3) D^r M. Bergeron, expert-conseil sur les maladies infectieuses, D^r P. Corriveau, pneumologue, et D^r J. Laforge, Directeur, Unité des soins intensifs, Hôpital Laval; (Cas n° 4) D^r T.Y. Ti, pharmacologie clinique, Hôpital Général de Montréal.

Observations: Ces nouveaux cas portent à 47 le nombre total de cas confirmés ou présumés d'infections dues à *Legionella pneumophila* au Canada depuis l'établissement de la surveillance en 1976. Tous les cas ont été isolés bien qu'une certaine forme de "regroupement" des cas dans la région de North York en Ontario permette de supposer l'existence d'une source commune d'exposition non identifiée qui fait toujours l'objet d'une enquête.

The majority of cases have been confirmed in males; 4 deaths have occurred, 2 in women and 2 in men.

The greater frequency of diagnosis and reporting (up 124% in 1979) is expected to continue. This can be related to increased knowledge (and therefore a higher index of suspicion) of the disease, and the greater availability of diagnostic laboratory services, especially in Ontario with 83% (39) of the cases.

SOURCE: A.G. Jessamine, M.D., Field Epidemiology Division, Bureau of Epidemiology, L.C.D.C., Ottawa.

EPIDEMIC PARATYPHOID - NEWFOUNDLAND

During the first 3 weeks of June 1979, 10 bacteriologically confirmed cases of paratyphoid fever were identified in Springdale, a community with a population of 3500 situated in the Green Bay district of Central Newfoundland. The index case, a 27-year-old male referred to a St. John's hospital, presented with pyrexia of unknown origin and severe persistent headaches. Stool cultures submitted on admission were reported positive for *Salmonella paratyphi B*, phage type 3b.

Having confirmed the initial case, an intensive retrospective and prospective clinical survey was carried out among close family contacts producing another 9 excretors all of whom developed characteristic symptoms at some time during a period of 2 1/2 weeks in mid-June. Alarmed by early reports, almost 100 persons from the general public, otherwise unrelated to cases already confirmed, voluntarily submitted stool specimens for examination; however, no further isolates were made.

Table 1 - Data on Cases with Positive Stool Samples/
Tableau 1 - Données sur les cas présentant
une coproculture positive

Case Number/ Nº du cas	Age/ Âge	Sex/ Sexe	Onset of Illness/ Date d'apparition de la maladie	Duration/ Durée	Hospitalized/ Hospitalisation
1	27	M/H	June 13/ Juin 13	2 weeks/ 2 semaines	Yes/ Oui
2	2	M/H	June 7/ Juin 7	2 1/2 weeks/ 2 1/2 semaines	No/ Non
3*	49	M/H	June 23/ Juin 23	2 weeks/ 2 semaines	Yes/ Oui
4	18	M/H	June 15/ Juin 15	2 weeks/ 2 semaines	Yes/ Oui
5*	14	M/H	June 20/ Juin 20	2 weeks/ 2 semaines	Yes/ Oui
6*	9	F	June 5/ Juin 5	3 weeks/ 3 semaines	Yes/ Oui
7	6	F	June 9/ Juin 9	4 weeks/ 4 semaines	No/ Non
8	24	M/H	June 16/ Juin 16	1 1/2 weeks/ 1 1/2 semaines	No/ Non
9	22	F	June 7/ Juin 7	2 weeks/ 2 semaines	No/ Non
10*	4	M/H	June 20/ Juin 20	2-3 weeks/ 2-3 semaines	Yes/ Oui

* Blood culture positive/Culture de sang positive

Essential clinical and laboratory results are summarized in Tables 1 and 2. Altogether 10 excretors were detected, comprised of 7 males and 3 females ranging in age from 2 to 49 years. Illness was chiefly defined by the presence of continued fever associated with chills and profuse sweating, severe intractable headaches and occasional loose stools; in 3 adults a pronounced 'flu-like' prodrome with generalized

La plupart des cas ont été confirmés chez les hommes; 4 décès ont été observés, 2 chez les femmes et 2 chez les hommes.

On prévoit que l'augmentation de la fréquence des diagnostics et des notifications (qui a augmenté de 124% en 1979) se poursuivra. Cette situation est liée à une meilleure connaissance de la maladie (et, par conséquent, à un indice de présomption plus élevé), et à une plus grande disponibilité des services diagnostiques en laboratoire, particulièrement en Ontario où 83% des cas (39) ont été observés.

SOURCE: Dr A.G. Jessamine, Division des services régionaux d'épidémiologie, Bureau d'épidémiologie, L.L.C.M., Ottawa.

ÉPIDÉMIE DE FIÈVRE PARATYPHOÏDE - TERRE-NEUVE

Au cours des trois premières semaines de juin 1979, 10 cas de fièvre paratyphoïde confirmés sérologiquement ont été identifiés à Springdale, communauté de 3500 habitants située dans le district de Green Bay dans le centre de Terre-Neuve. Le cas de référence, un homme âgé de 27 ans qui a été adressé à un hôpital de St-John's, présentait une pyrexie d'origine inconnue ainsi que des céphalées intenses et persistantes. Les coprocultures réalisées à l'admission se sont révélées positives à l'égard de *Salmonella paratyphi B*, lysotype 3b.

Le cas initial ayant été confirmé, une enquête clinique intensive, à la fois rétrospective et prospective, a été effectuée auprès des sujets-contacts familiaux; 9 autres excréteurs, qui avaient tous manifesté des symptômes caractéristiques à un moment ou l'autre au cours d'une période de 2 1/2 semaines vers la mi-juin, ont été dépistés. Inquiétées par les premiers rapports, près de 100 personnes de la communauté, n'ayant pas de lien de parenté avec les cas déjà confirmés, ont volontairement présenté des prélèvements de selles pour examen; cependant, aucun autre isolat n'a été obtenu.

Table 2 - Frequency Table of Major Symptoms (N=10)/
Tableau 2 - Tableau de fréquence des principaux symptômes (N=10)

Fever (Associated with Chills and Sweats)/ Fièvre (liée à des frissons et à la sudation)	10
Severe Headache/Céphalée intense	7
Diarrhoea (Usually Transient)/ Diarrhée (habituellement passagère)	5
Nausea/Vomiting/Nausée/vomissement	3
Anorexia/Anorexie	2
Severe Abdominal Cramps/ Crampes abdominales intenses	2
'Flu-like' body aches and pains/ Douleurs et malaises rappelant la grippe	3

Les résultats cliniques et de laboratoire essentiels sont résumés aux Tableaux 1 et 2. Dans l'ensemble, 10 excréteurs ont été décelés, soit 7 hommes et 3 femmes dont l'âge variait entre 2 et 49 ans. La maladie s'est manifestée principalement par une fièvre continue associée à des frissons et à une sudation abondante, à des céphalées intenses réfractaires et à des selles diarrhéiques occasionnelles; une affection "d'allure grippale" aiguë accompagnée de

NOTIFIABLE DISEASES SUMMARY

SOMMAIRE DES MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE

DISEASE - MALADIE	ICDA — CIMA	CANADA				NFLD. - T.-N.				P.E.I. - Î.P.-É.				N.S. - N.-É.				N.B.	
		Current Période cour.		TOTAL CUMUL.		Current Période cour.		TOTAL CUMUL.		Current Période cour.		TOTAL CUMUL.		Current Période cour.		TOTAL CUMUL.		Current Période cour.	
		1979	1978	1979	1978	1979	1978	1979	1978	1979	1978	1979	1978	1979	1978	1979	1978	1979	T C
Anthrax - Charbon	022	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Botulism - Botulisme	005.1	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Chancroid - Chancre mou	099.0	1	5	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Cholera - Choléra	001	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Diphtheria - Diphtérie	032	5	52	97	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Food Poisoning - Toxi-infection alimentaire	*1	104	458	132	—	—	—	1	—	—	—	—	6	20	10	—	—	—	—
Gonococcal Infections	Ophthalmia Neonatorum Ophtalmie du nouveau-né	098.4	—	5	••	—	—	••	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Infections gonococciques	Others - Autres	*2	4578	33935	••	55	415	••	18	120	••	133	954	••	37	191			
Total Gonococcal Infections		*3	098	4578	33940	32415	55	415	392	18	120	80	133	954	693	37	191		
Hepatitis A - Hépatite virale A	070.0 070.1	111	1130	2015	—	4	9	—	3	9	—	6	13	—	2				
Hépatitis B - Hépatite virale B	070.2 070.3	100	577	541	—	3	12	—	1	—	—	10	7	—	1				
Lassa Fever - Fièvre de Lassa	078.8	—	—	••	—	—	••	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Leprosy - Lèpre	030	—	4	9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Measles - Rougeole	055	343	21475	4611	—	12	27	—	—	—	—	—	112	310	—	48			
Meningitis Encephalitis Bacterial	Haemophilus - à Haemophilus	320.0	10	130	••	—	8	••	—	—	••	3	4	••	—	—	—	—	
Méninigite Encéphalite Bactérienne	Pneumococcal - à Pneumocoques	320.1	1	35	••	—	3	••	—	1	••	—	—	••	—	—	—	—	
Meningitis / Encephalitis Viral	Others - Autres	*4	25	95	••	—	12	••	—	1	••	—	—	••	—	—	—	—	
Méninigite / Encéphalite virale		*5	141	361	••	3	22	••	—	—	••	3	3	••	—	3			
Meningococcal Infections	Infections à méningocoques	036	19	232	214	—	7	10	—	—	1	—	10	26	—	6			
Paratyphoid - Paratyphoïde	002.1-002.9	3	37	17	—	12	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Pertussis - Coqueluche	033	156	1353	1384	10	61	7	—	2	44	11	41	40	3	15				
Plague - Peste	020	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Poliomyelitis - Poliomyélite	045	—	2	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Rabies - Rage	071	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Rubella - Rubéole	056	132	7434	2460	—	6	14	—	—	—	—	—	43	15	—	7			
Congenital Rubella - Rubéole congénitale	771.0	—	23	••	—	—	••	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Salmonellosis - Salmonellose	*6	003	751	4550	3942	9	103	93	—	41	11	8	35	136	—	21			
Shigellosis - Shigellose	004	97	798	679	1	31	30	—	1	1	—	3	9	1	2				
Smallpox - Variole	050	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Syphilis Early (Primary and Secondary)	Syphilis récente (Primaire et secondaire)	091	70	671	••	—	1	••	—	—	••	—	11	••	—	3			
Syphilis (Other) - Syphilis (autre)	090-097	147	1180	••	—	—	••	—	—	••	—	2	10	••	—	1			
Total Syphilis - Syphilis (toutes)	090-097	217	1851	1993	—	1	10	—	—	1	2	21	14	—	4				
Trichinosis - Trichinose	124	1	9	18	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Primary Tuberculosis - Primo-infection tuberculeuse	010	6	126	••	—	3	••	—	—	••	—	8	••	—	4				
T.B. - Bacteriologically Confirmed	Respiratory - Respiratoire	011,012	86	788	••	—	14	••	—	4	••	2	25	••	3	24			
T.B. - Confirmée par examen bactériologique	Non-Respiratory Non respiratoire	013-018	23	243	••	—	12	••	—	—	••	—	7	••	—	5			
T.B. - Not Bacteriologically Confirmed	Respiratory - Respiratoire	011,012	33	336	••	—	10	••	—	—	••	—	3	••	—	10			
T.B. - Non confirmée par examen bactériologique	Non-Respiratory Non respiratoire	013-018	6	79	••	—	2	••	—	—	••	—	2	••	—	2			
Typhoid - Typhoïde	002.0	6	64	62	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Viral Haemorrhagic Fever (excluding Lassa Fever 078.8) Fièvre hémorragique à virus (sauf de Lassa 078.8)	078,065	—	—	••	—	—	••	—	—	••	—	—	••	—	—	—	—	—	
Yellow Fever - Fièvre jaune	060	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	

1. (excluding Botulism 005.1; Salmonellosis 003 and Shigellosis 004) (including Staphylococcal 005.0; Clostridium perfringens 005.2; other Clostridia 005.3; Vibrio parahaemolyticus 005.4; Bacillus cereus 005.8; unspecified 005.9)

(sauf Botulisme 005.1; Salmonellose 003 et Shigellose 004) (incluant Staphylococques 005.0; Clostridium perfringens 005.2; autres Clostridia 005.3; Vibrio parahaemolyticus 005.4; Bacillus cereus 005.8; sans précision 005.9)

2. (all 098 categories excluding 098.4) - (toutes les rubriques de 098 sauf 098.4)

3. (all 098 categories including 098.4) - (toutes les rubriques 098, y compris 098.4)

4. (all other categories excluding Meningococcal 036 and Tuberculous 013.0) - (toutes les autres rubriques sauf à Méningocoques 036 et Tuberculeuse 013.0)

5. (all categories except Measles 055; Poliomyelitis 045; Rubella 056; Viral Haemorrhagic Fever 078; Yellow Fever 060) - (toutes les rubriques sauf Rougeole 055; Poliomyélite 045; Rubéole 056; Fièvre hémorragique à virus 078; et Fièvre jaune 060)

6. (excluding Typhoid 002.0; Paratyphoid 002.1-002.9) - (sauf Typhoïde 002.0; Paratyphoïde 002.1-002.9)

New cases reported for the 4-week period ending September 8, 1979

Nouveaux cas déclarés pour la période de 4 semaines se terminant le 8 septembre 1979

DTAL IMUL.	QUÉBEC			ONTARIO			MANITOBA		SASKATCHEWAN			ALBERTA			B.C. - C.-B.			YUKON			N.W.T. - T.N.-O.			
	Current Période cour.	TOTAL CUMUL.		Current Période cour.	TOTAL CUMUL.		Current Période cour.	TOTAL CUMUL.		Current Période cour.	TOTAL CUMUL.		Current Période cour.	TOTAL CUMUL.		Current Période cour.	TOTAL CUMUL.		Current Période cour.	TOTAL CUMUL.				
		1979	1978		1979	1978		1979	1978		1979	1978		1979	1978		1979	1978		1979	1978			
1978	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2		
—	1	1	4	—	2	—	—	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—		
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
—	—	—	—	—	—	—	—	3	1	4	9	—	—	—	3	40	63	1	4	14	—	3	6	
8	—	186	45	93	196	—	3	4	—	—	48	28	—	2	39	—	—	1	—	—	2	2	—	
..	—	1	..	—	3	..	—	1	..	—	..	—	—	..	—	..	—	..	—	..	—	..	..
..	391	2931	..	1533	11246	..	311	2466	..	246	1896	..	932	6393	..	808	6181	..	24	237	..	90	905	..
142	391	2932	3068	1533	11249	10202	311	2467	2954	246	1896	2173	932	6393	5468	808	6181	5924	24	237	259	90	905	1060
2	8	41	53	27	265	340	16	183	402	9	117	138	19	208	398	31	286	627	—	1	—	1	14	24
2	22	102	116	60	350	238	4	25	30	5	43	26	4	29	100	1	4	9	4	7	—	2	1	—
..	—	—	..	—	—	..	—	—	..	—	—	..	—	—	..	—	—	..	—	—	..	—
—	—	1	2	—	2	2	—	—	1	—	—	—	—	1	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—
98	24	516	260	66	7007	2481	26	750	957	20	932	82	99	10169	247	69	1727	100	6	18	17	33	184	32
..	1	3	..	4	79	..	—	2	..	1	11	..	1	17	..	—	—	..	—	1	..	—	5	..
..	—	2	..	—	21	..	—	2	..	—	—	..	1	5	..	—	—	..	—	—	..	—	1	..
..	3	8	..	1	23	..	—	1	..	17	33	..	4	16	..	—	—	..	—	1	..	—	..	..
..	10	12	..	40	130	..	3	8	..	73	154	..	6	13	..	3	10	..	—	4	..	—	2	..
10	4	19	22	7	79	74	—	7	7	—	8	12	2	33	26	4	48	23	1	6	—	1	9	3
2	1	7	5	2	9	9	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6	—	—	—	—	—
5	—	35	140	74	908	1033	2	19	6	11	47	13	33	95	25	12	130	69	—	—	2	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
—	—	—	—	—	2	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
11	12	812	295	16	1620	1090	12	972	309	17	885	82	63	2859	536	6	213	80	2	6	8	4	11	20
..	—	—	..	—	19	..	—	3	..	—	1	..	—	—	..	—	—	..	—	—	..	—	..	..
44	227	1095	442	321	1806	1806	20	162	202	28	190	190	79	484	496	52	566	473	1	17	33	6	30	16
1	11	127	69	24	236	195	7	106	102	14	39	47	9	73	108	18	80	87	1	1	2	11	99	28
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
..	9	136	..	45	367	..	1	10	..	2	7	..	3	45	..	10	90	..	—	1	—	—	—	—
..	29	233	..	92	679	..	3	44	..	1	12	..	7	82	..	13	118	..	—	—	—	—	1	—
3	38	369	482	137	1046	1067	4	54	60	3	19	33	10	127	119	23	208	204	—	1	—	—	1	—
—	—	4	1	—	4	15	—	—	—	1	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
..	2	8	..	—	14	..	2	29	..	1	5	..	—	18	..	—	28	..	—	1	..	1	8	..
..	44	201	..	24	251	..	4	52	..	1	31	..	—	50	..	7	112	..	—	4	..	1	20	..
..	5	38	..	14	108	..	—	22	..	2	10	..	—	15	..	2	22	..	—	1	..	—	3	..
..	19	99	..	8	96	..	—	4	..	4	15	..	—	13	..	2	77	..	—	3	..	—	6	..
..	—	7	..	5	31	..	1	7	..	—	3	..	—	4	..	—	20	..	—	—	..	—	1	..
—	—	23	18	3	29	25	1	2	2	—	—	1	—	2	4	2	7	11	—	—	—	—	1	1
..	—	—	..	—	—	..	—	—	..	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	..
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Data for this table were retrieved from CANSIM,
Statistics Canada's machine-readable data base.

Les données pour le présent tableau ont été obtenues de CANSIM,
la base de données ordinolinguës de Statistique Canada.

NOTE - NOTA

Cumulative total includes amendments to previously published figures
Le total cumulatif comprend les révisions dans les chiffres déjà publiés

.. Not available
— No cases reported

.. Non disponible
— Aucun cas déclaré

aches and pains appeared as an early symptom. Six (6) persons were treated in hospital on a course of chloramphenicol, without complication, for an average stay of approximately one week while the remaining 4 cases recovered spontaneously and required no specific therapy. The mean duration of illness was 2 1/2 weeks.

With one exception, that of a 4-year-old male (the tenth case in Table 1), those with positive stools were all members of the same family group, either first-degree relatives or in-laws. The tenth case lives next door to 2 other affected households and frequently played in company with another child who had been ill 2 weeks previously. Figure 1 shows the geographical location of the cases in the town of Springdale.

douleurs généralisées a constitué une manifestation précoce de la maladie chez 3 adultes. Six (6) personnes ont été hospitalisées pendant une durée moyenne d'environ 1 semaine et traitées au chloramphénicol sans incident, alors que les 4 autres malades se sont rétablis spontanément et n'ont nécessité aucun traitement particulier. La durée moyenne de la maladie a été de 2 1/2 semaines.

Sauf pour un garçonnet âgé de 4 ans (10^e cas dans le Tableau 1), toutes les personnes ayant des selles positives appartenaient au même groupe familial (parenté du premier degré ou par alliance). Le 10^e cas vivait dans le voisinage immédiat de 2 autres familles touchées par la maladie et jouait fréquemment avec un autre enfant qui avait été malade 2 semaines auparavant. La Figure 1 illustre la répartition géographique des cas dans la ville de Springdale.

FIGURE 1

Town of Springdale – Paratyphoid Cases by Residence
Ville de Springdale – Répartition géographique des cas de fièvre paratyphoïde

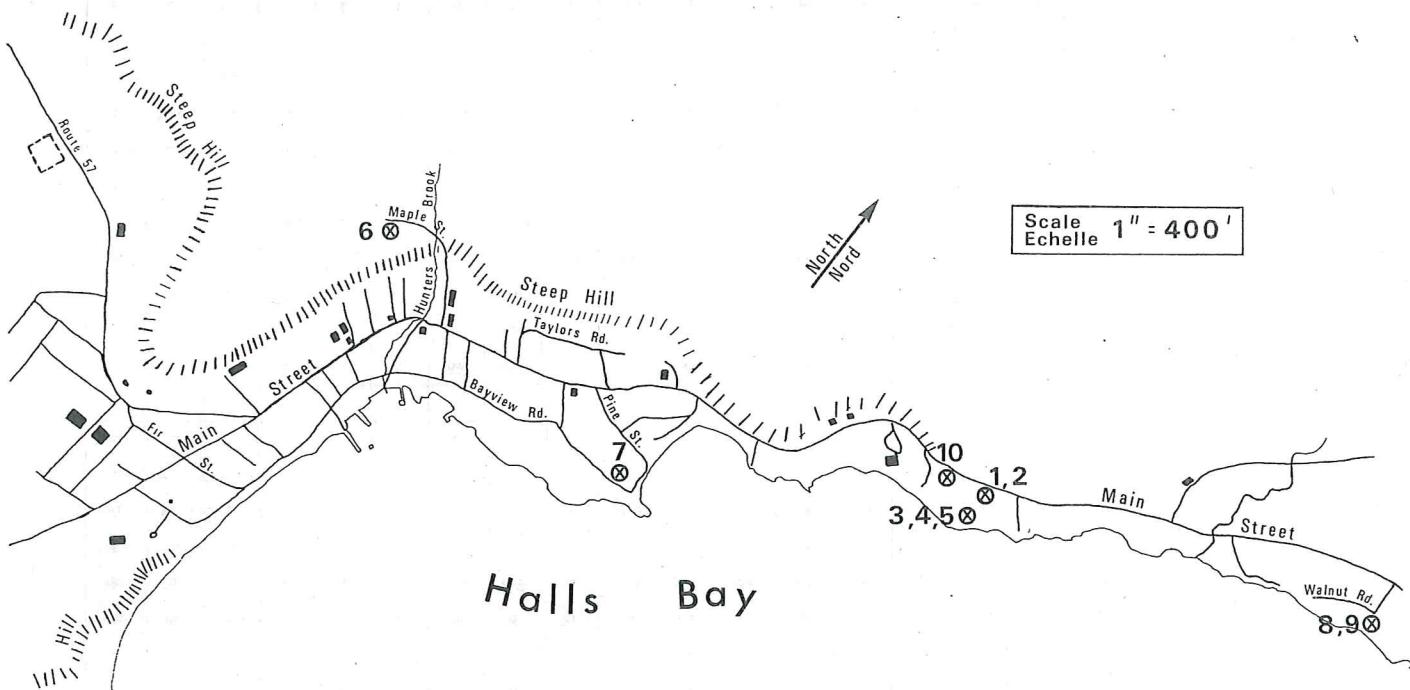
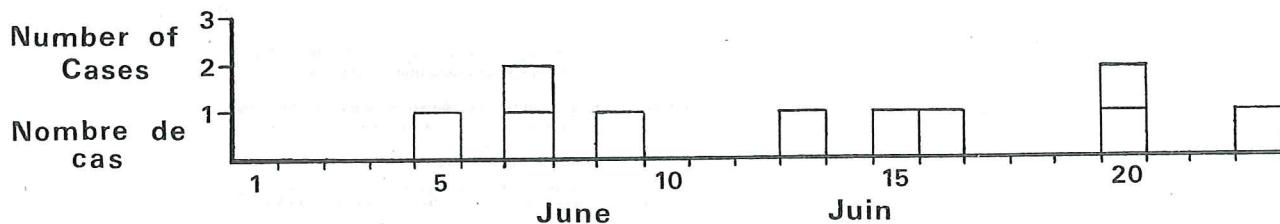


FIGURE 2

Paratyphoid cases by date of onset of illness - Springdale, Nfld., 1979
Cas de fièvre paratyphoïde en fonction de la date d'apparition de la maladie - Springdale, T.-N., 1979



Reliable dates for onset of illness were obtained on all 10 cases. The epidemic curve (Figure 2) reveals a relatively even distribution of cases spaced over 2 1/2 weeks with perhaps a suggestion that the first group of 4 cases represent a separate cluster.

Questionnaires were used to gather detailed epidemiological information. Despite the remarkable occurrence of several infected households, all within one family constellation, no substantive evidence was produced implicating either a common source or a common social event around the estimated time of exposure.

It should be mentioned that the families involved enjoy a respectably high standard of living with adequate sewage disposal and use a chlorinated municipal water supply.

Discussion: *Salmonella paratyphi B*, phage type 3b, has been endemic in the Green Bay region of Newfoundland for almost 2 decades. Sporadic cases and small family outbreaks have surfaced from year-to-year at irregular intervals beginning with a large logging-camp epidemic in 1960. All subsequent paratyphoid isolates from surrounding communities have been the same phage type.

Investigations in the past have availed little and, unfortunately, the most recent inquiry contributed very little towards establishing a reasonable hypothesis about the probable source of infection and mode of transmission. Results clearly indicate that high-risk exposure was focused on one particular family circle. Whether this occurred as a point source or an extended exposure, with or without person-to-person transmission, is not readily inferred from the epidemic curve. Several theories were tested carefully, but the original source - ultimately a human carrier - and intermediate vehicle of spread remain uncertain.

In view of the endemic nature of paratyphoid infection in and around the Springdale area, it is recommended that a regular system of surveillance be instituted as a joint effort supported by both the local medical practitioners and all public health agencies concerned. It is to be expected that such a system will not only detect acute infections more frequently, which can easily be overlooked in the differential diagnosis, but may also piece together sufficient evidence leading to the unsuspected chronic paratyphoid carrier.

Assuming that the principle behind long-term surveillance in the present situation is well understood and receives general approval, a more detailed proposal with closer consultation should be looked at in the near future.

SOURCE: A. Afnan, M.D., Medical Officer of Health, Grand Falls; M. Bense, M.D., F. Hicks, M.D., and B. Legrow, M.D., Springdale Hospital; Public Health Nursing and Health Inspection Divisions, Grand Falls and Springdale; Bacteriology Laboratory, Central Newfoundland Hospital, Grand Falls; Newfoundland Public Health Laboratories and J.D. MacIntyre, M.D., Field Epidemiologist (L.C.D.C.), St. John's, Newfoundland.

International Notes

YELLOW FEVER SURVEILLANCE - COLOMBIA

The sylvatic form of yellow fever has been reported in the foothills of Sierra Nevada in Santa Marta and the Cordillera Oriental, in the Magdalena Valley and in the Gulf of Urabá, particularly in the mountains bordering Panama near the Serranía del Darién.

Between the beginning of the year and the first week of August, there have been 12 human fatal cases. Any traveller intending to visit the above-mentioned jungle areas should have been vaccinated against yellow fever, at least ten days before arrival.

Pour les 10 cas, on a obtenu des renseignements fiables concernant la date d'apparition de la maladie. La courbe épidémique (Figure 2) indique une répartition relativement uniforme des cas sur une période de 2 1/2 semaines et laisse peut-être entendre que le premier groupe de 4 cas constitue un groupe séparé.

Des questionnaires ont été utilisés pour recueillir des renseignements épidémiologiques détaillés. Malgré le fait remarquable que la maladie ait touché plusieurs foyers, appartenant tous au même groupe familial, on n'a trouvé aucun indice certain permettant de situer, quelque part autour de la date estimée d'exposition, une source commune ou un événement social commun.

Il faudrait mentionner que les familles touchées jouissaient d'un niveau de vie confortable, qu'elles disposaient d'un système d'égout approprié et qu'elles utilisaient une eau potable traitée au chlore provenant du système municipal d'approvisionnement en eau potable.

Discussion: *Salmonella paratyphi B*, lysotype 3b, existe à l'état endémique dans la région de Green Bay, Terre-Neuve, depuis près de 2 décennies. Des cas sporadiques et des poussées familiales limitées surviennent chaque année à intervalles irréguliers, le tout ayant débuté par une épidémie importante dans un camp forestier en 1960. Tous les isolats de *Salmonella paratyphi B* obtenus par la suite dans les communautés environnantes présentaient le même lysotype.

Les enquêtes faites dans le passé se sont révélées peu concluantes et, malheureusement, l'enquête la plus récente ne s'est guère montrée plus utile pour la formulation d'une hypothèse raisonnable concernant la source probable de l'infection et son mode de transmission. Les résultats indiquent clairement que l'exposition la plus forte s'est concentrée sur un cercle familial particulier. La courbe épidémique ne permet pas de conclure s'il s'agit d'une source ponctuelle ou d'une exposition prolongée, avec ou sans transmission de personne à personne. Plusieurs théories ont été vérifiées soigneusement, mais la source initiale - de façon ultime, un porteur humain - et le contagion intermédiaire demeurent incertains.

Étant donné la nature endémique de la fièvre paratyphoïde dans la région de Springdale, il est recommandé qu'un système de surveillance régulier soit institué grâce aux efforts conjoints des médecins pratiquants locaux et de tous les organismes de santé publique intéressés. On peut s'attendre qu'un tel système permettra non seulement de déceler plus fréquemment les infections aiguës qui peuvent être facilement omises dans les diagnostics différentiels, mais pourra également permettre de rassembler suffisamment d'indices pour identifier qui est le porteur chronique et insoupçonné de la maladie.

En supposant que le principe sur lequel repose la surveillance à long terme dans la présente situation est bien compris et qu'il reçoit l'assentiment général, il faudra prochainement étudier une proposition plus détaillée comportant une consultation plus étroite.

SOURCE: D^r A. Afnan, médecin-hygieniste, Grand Falls; D^r M. Bense, D^r F. Hicks, et D^r B. Legrow, Hôpital de Springdale; Public Health Nursing and Health Inspection Divisions, Grand Falls et Springdale; Laboratoire de bactériologie, Central Newfoundland Hospital, Grand Falls; laboratoires de santé publique de Terre-Neuve et D^r J.D. MacIntyre, épidémiologiste régional (L.L.C.M.), St. John's, Terre-Neuve.

Notes internationales

SURVEILLANCE DE LA FIÈVRE JAUNE - COLOMBIE

La forme sylvatique de fièvre jaune a été signalée dans les contreforts de la Sierra Nevada de Santa Marta et dans la Cordillera Oriental, dans la vallée du Magdalena et dans le Golfe d'Urabá, en particulier dans les montagnes bordant le Panama près de la Serranía del Darién.

Entre le début de l'année et la première semaine d'août, il y a eu 12 cas humains mortels. Tout voyageur projetant de se rendre dans ces régions de brousse doit s'être fait vacciné contre la fièvre jaune au moins dix jours avant son arrivée.

Editorial Note: Health Administrations are requested to bring to the attention of all those concerned with advising the travelling public that any person intending to visit or work in an area, where the virus may be present, should be immunized against yellow fever.

SOURCE: WHO Weekly Epidemiological Record, Vol. 54, No. 35, 1979.

Note de la rédaction: Les administrations sanitaires sont priées de signaler à tous ceux qui sont chargés de conseiller les voyageurs que, quiconque se propose de se rendre à des fins touristiques ou professionnelles en un lieu où le virus pourrait être présent, doit avoir été vacciné contre la fièvre jaune.

SOURCE: Relevé épidémiologique hebdomadaire de l'OMS, Vol. 54, no 35, 1979.

**SURVEILLANCE DATA ON SELECTED DISEASES/
DONNÉES DE SURVEILLANCE POUR CERTAINES MALADIES**

Cumulative totals to September 8, 1979

Totaux cumulatifs jusqu'au 8 septembre 1979

Disease/Maladie		Canada	Nfld./ T.-N.	P.E.I./ Î.-P.-É.	N.S./ N.-É.	N.B./ N.-B.	Que./ Qué.	Ont.	Man.	Sask.	Alta./ Alb.	B.C./ C.-B.	Yukon	N.W.T./ T.N.-O.
Amoebiasis/ Amibiase	Notifications	456	-	-	2	3	4	415	7	7	3	15	..	..
	Lab./Labo. Identification	88	-	-	-	-	40*	..	21	1	25	2	..	..
Brucellosis/ Brucellose	Notifications	10	-	-	-	-	4	2	..	-	4	-	..	..
	Lab./Labo. Identification	20	-	-	-	-	-	..	19	-	1	-	..	..
Giardiasis/ Giardiase	Notifications	1522	17	-	28	15	3	1423	..	29	..	7	..	..
	Lab./Labo. Identification	495	-	12	4	-	86*	..	198	3	192	-	..	..
Malaria/ Paludisme	Notifications	190	1	-	-	-	5	49	8	4	10	113	..	..
	Lab./Labo. Identification	258	-	2	-	-	-	..	13	-	-	243	..	..
Psittacosis/ Psittacose	Notifications	5	-	-	-	-	5	-	-	-	-	-	..	..
	Lab./Labo. Identification	2	-	-	-	-	1	..	1	-	-	-	..	..
Tetanus/ Tétanos	Notifications	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	..	..
	Lab./Labo. Identification	-	-	-	-	-	-	..	-	-	-	-	..	..
Tularemia/ Tularémie	Notifications	2	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	..	..
	Lab./Labo. Identification	2	-	-	-	-	1	..	1	-	-	-	..	..

NOTE: Cumulative total includes amendments to previously published figures/
Le total cumulatif comprend les révisions dans les chiffres déjà publiés

Notifications are the number of cases reported by physicians whereas laboratory identifications are either the number of isolations or serological confirmations made. Hence the latter can include several positive laboratory results on the same patient over a period of time. This distinction between these 2 categories should be kept in mind when looking at the figures presented in this table./

Les notifications représentent le nombre de cas signalés par les médecins tandis que les identifications en laboratoire constituent soit le nombre d'isolats obtenus ou le nombre de cas confirmés sérologiquement. Par conséquent, les identifications en laboratoire peuvent comprendre plusieurs résultats de laboratoire positifs provenant d'un même malade sur une certaine période de temps. Lorsqu'on examine les chiffres présentés dans ce tableau, il faut garder à l'esprit la distinction entre ces 2 catégories de données.

*Immigrants

- No cases reported or identified/Aucun cas déclaré ou identifié

.. Not available or not notifiable/Non disponible ou déclaration non obligatoire

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 from anyone working in the health field and will not preclude publication elsewhere.

Editor: Dr. S.E. Acres
Managing Editor: E. Paulson
Editorial Assistant: W. Lynn

Bureau of 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 oeuvrant dans le domaine de la santé est invitée à collaborer et la publication d'un article dans le présent Rapport n'en empêche pas la publication ailleurs.

Rédacteur en chef: Dr S.E. Acres
Rédacteur administratif: E. Paulson
Auxiliaire de rédaction: W. Lynn

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