



Canada Diseases Weekly Report

LABORATORY CENTRE FOR
COMMUNICABLE DISEASES
CONTROL LIBRARY

OCT 21 1992

CENTRE DE LUTTE CONTRE
LA MALADIE BIBLIOTHÈQUE

Rapport hebdomadaire des maladies au Canada

AN OUTBREAK OF FIFTH DISEASE - ONTARIO

During the last week of November 1979, a public health nurse visiting one of the Timmins area schools noted a number of children absent because of a mild febrile illness associated with a measles-like rash. The children were all relatively well except for a low-grade fever, and a fine red macular rash. Further case finding established a total of 22 cases for the period from November 11 to December 6. The dates of onset were scattered throughout the period of 3 weeks except for a peak incidence of 7 cases with date of onset on November 21. Twenty-one (21) of these cases were in young children between the ages of 5 and 13, with a median age of 9. There were also 2 cases reported in older individuals, ages 19 and 37. There was a recorded history of measles immunization in 20 of the 22 cases.

There was no apparent pattern of communicability as the cases were scattered throughout a number of schools with no common source of exposure nor traceable pattern of contacts.

The illness was characterized with a sudden onset of low-grade fever, usually associated with flushed cheeks. This was followed by a fine papular rash lasting from 3 to 5 days with many mothers spontaneously reporting that the rash would appear to recur following exertion or a warm bath. This illness was not accompanied by such signs or symptoms of cough, coryza, conjunctivitis which are associated with measles nor with cervical adenopathy usually associated with rubella.

Therefore, on the basis of the presenting clinical picture as well as the high rate of previous measles immunization with live measles vaccine, a diagnosis of Fifth Disease (Erythema Infectiosum) was made. The health unit nursing staff, area physicians and area parents were advised as to the signs and symptoms of this condition as well as its possible viral etiology and its relatively low communicability so as to avoid any panic or mislabelling of these cases as one of the more significant childhood exanthems such as measles or rubella.

SOURCE: A. Hukowich, M.D., Medical Officer of Health, Porcupine Health Unit (as reported in the Communicable Disease Control Report for the week ending December 22, 1979, Ontario Ministry of Health).

STAPHYLOCOCCAL FOOD POISONING FROM CANNED FISH - SASKATCHEWAN AND BRITISH COLUMBIA

On February 13, 1979, a housewife in Gravelbourg, Saskatchewan, opened a 7 oz. can of chicken haddie, a fish product consisting of cusk or

POUSSÉE D'ÉRYTHÈME INFECTIEUX AIGU - ONTARIO

Au cours de la dernière semaine de novembre 1979, une infirmière-hygieniste effectuant une visite dans une école de la région de Timmins a remarqué que plusieurs enfants étaient absents à cause d'une fièvre légère liée à une éruption morbilliforme. Les enfants se portaient relativement bien, abstraction faite de cette élévation de température et d'un érythème maculaire délicat. Un dépistage subséquent a permis de dénombrer 22 cas pour la période s'écoulant entre le 11 novembre et le 6 décembre. Les dates d'apparition de la maladie étaient réparties sur toute la période de 3 semaines; cependant, une incidence de pointe a été observée le 21 novembre, date à laquelle 7 cas ont débuté. Vingt et un (21) de ces cas ont été observés chez des enfants âgés de 5 à 13 ans, l'âge médian étant de 9 ans. Deux autres cas ont également été signalés chez des personnes âgées respectivement de 19 et 37 ans. Vingt des 22 malades avaient déjà été vaccinés contre la rougeole.

Aucun mode de transmission apparent n'a été observé étant donné que les cas étaient dispersés dans plusieurs écoles, sans que l'on puisse déceler une source commune d'exposition ou une chaîne de contacts.

La maladie a été caractérisée par l'apparition soudaine d'une fièvre légère, habituellement accompagnée de rougeur au niveau des joues. Ces manifestations étaient suivies d'une éruption papuleuse délicate d'une durée de 3 à 5 jours; plusieurs mères ont signalé spontanément que l'éruption cutanée semblait réapparaître à la suite d'un effort physique ou d'un bain chaud. Cette maladie n'était pas accompagnée des signes ou des symptômes liés à la rougeole, comme la toux, la rhinite et la conjonctivite, ni de l'adénopathie cervicale habituellement liée à la rubéole.

Par conséquent, à partir du tableau clinique observé et du taux élevé de vaccination antérieure au moyen du vaccin antirougeoleux vivant, le diagnostic de cinquième maladie (érythème infectieux aigu) a été posé. Le personnel infirmier du bureau de santé, les médecins de la région et les parents ont été informés des signes et symptômes de cette maladie, ainsi que de son étiologie virale possible et de sa transmissibilité relativement faible, de façon à éviter la panique et à éviter que ces cas ne soient confondus avec d'autres exanthèmes plus importants de l'enfance comme la rougeole ou la rubéole.

SOURCE: Dr A. Hukowich, médecin-hygieniste, Bureau de santé de Porcupine, (selon un article paru dans *Communicable Disease Control Report*, semaine se terminant le 22 décembre 1979, ministère de la Santé de l'Ontario).

INTOXICATION ALIMENTAIRE STAPHYLOCOCCIQUE LIÉE À DU POISSON EN CONSERVE - SASKATCHEWAN ET COLOMBIE-BRITANNIQUE

Le 13 février 1979, une mère de famille de Gravelbourg, Saskatchewan, ouvrait une boîte de conserve de 7 oz contenant des miettes de gades, produit de la pêche



cod or hake, and prepared sandwiches each containing about one ounce of fish. Both her husband and her son ate 2 of them. About 2 1/2 to 3 hours later they experienced nausea, vomiting, abdominal cramps, diarrhoea and chills, which lasted between 6 1/2 and 7 hours. The wife, who did not like the taste of the product and did not eat any of the sandwiches, remained well. Staphylococcal food poisoning was diagnosed by a local physician. The remaining 3 oz. portion of the chicken haddie contained 5.7×10^6 *Staphylococcus aureus*/g and had an aerobic colony count of 9.8×10^6 /g. Staphylococcal thermonuclease (about 2 $\mu\text{g}/100$ g) and enterotoxin type A (2.3 $\mu\text{g}/100$ g) were also found in the product.

The canner's end of the opened can showed serious defects; there was a loose seam, no pressure ridge and an unflattened cover hook. Rust inside the seam indicated that leakage had taken place. Five (5) additional cans from the same lot obtained from the same store as the implicated can showed the same defects, and all leaked under the vacuum test. From one can a facultatively aerobic, mesophilic, non spore-forming, Gram-positive rod was isolated. Although no thermonuclease was detected in the product, 3 of these cans contained 0.04-0.09 $\mu\text{g}/100$ g staphylococcal enterotoxin types A and B, levels probably not sufficient to cause illness unless large quantities of the fish were eaten.

On June 4, an elderly Victoria couple ate canned chicken haddie with a cream sauce, along with fresh salad and tea. Two (2) to 5 hours later they both experienced tightness of the stomach, nausea, vomiting and diarrhoea. Acute signs and symptoms lasted 8 to 10 hours. Apparently, the wife became suspicious of the product upon opening the can and cooked it thoroughly. The flesh appeared dark and had a strong, salty flavour. There were no contents left for analysis, but the clinical syndrome indicated staphylococcal intoxication. Certainly, the cooking process would eliminate all agents except heat resistant toxins such as staphylococcal enterotoxins. The can had a loose seam similar to that found in the cans at Gravelbourg. A search for additional cans in retail stores in Victoria failed to discover any more with defective seams.

Since the contents of both cans were eaten soon after opening, the agents causing illness were probably introduced prior to that time, most likely during processing. Cans of the chicken haddie were packed by the same processor in Prince Edward Island early in July, 1978; the 2 cans causing illness were probably manufactured on the same day or a few days apart. Quality control, including seam evaluations, was lax, and filled cans to be processed were immersed in warm water contaminated with product and, no doubt, bacteria for periods up to 200 minutes. After processing, cans were cooled in municipal water without any extra chlorination. The opportunities, therefore, for post-process contamination of the cans were great. *S. aureus* may have been in the cooling water and penetrated the can through the poor seams. Subsequent storage at room temperature would have allowed growth of the organism and toxin production. It is also possible that some organisms entered the filled cans being kept warm in water prior to processing. The vacuum would have aided penetration of any bacteria. Although *S. aureus* would be killed during the subsequent heat treatment, small amounts of toxin might have been produced during the extended pre-processing period. This could be the explanation of the low levels of toxin found in the follow-up cans from the first incident, although another possibility is that there was localized growth of *S. aureus* in the product near the defective seams.

comportant du brosme, de la morue ou de la merluche, et préparait des sandwiches contenant chacun environ une once de poisson. Son époux et son fils ont mangé 2 sandwiches chacun. Environ 2 1/2 à 3 heures plus tard, ils ont présenté de la nausée, des vomissements, des crampes abdominales, de la diarrhée et des frissons, manifestations qui ont duré entre 6 1/2 et 7 heures. L'épouse, qui n'a pas mangé le produit en question parce qu'elle n'en aimait pas le goût, n'a pas été malade. L'intoxication alimentaire staphylococcique a été diagnostiquée par un médecin local. Les restes de l'aliment (une portion de 3 oz) contenaient 5.7×10^6 *Staphylococcus aureus*/g et la numération des colonies aérobies était de 9.8×10^6 /g. On a également trouvé dans le produit de la thermonucléase staphylococcique (environ 2 $\mu\text{g}/100$ g) et de l'entérotoxine de type A (2.3 $\mu\text{g}/100$ g).

L'extrémité de la boîte de conserve scellée à la conserverie présentait des défauts graves: joint desserré, absence d'anneau de pression et crochet de couvercle non aplati. La rouille à l'intérieur du joint indiquait qu'il y avait eu fuite. Cinq (5) autres boîtes de conserve appartenant au même lot et provenant du même magasin présentaient les mêmes défauts, et toutes ont présenté des fuites après vérification au moyen du test sous vide. Dans une boîte, on a isolé un bâtonnet Gram-positif, non sporulé, mésophile et aérobio facultatif. Bien qu'aucune thermonucléase n'ait été détectée dans le produit, 3 de ces boîtes contenaient 0.04-0.09 $\mu\text{g}/100$ g d'entérotoxine staphylococcique de type A et B, soit des concentrations probablement insuffisantes pour engendrer la maladie, à moins qu'une quantité importante de poisson ne soit consommée.

Le 4 juin, un couple de personnes âgées de Victoria a consommé des miettes de gades en conserve avec une sauce à la crème, accompagnées de salade fraîche et de thé. Deux (2) à 5 heures plus tard, tous deux ont éprouvé une sensation de constriction gastrique, de la nausée, des vomissements et de la diarrhée. Les symptômes aigus ont duré 8 à 10 heures. Apparemment, l'épouse aurait eu des doutes quant à la qualité du produit lorsqu'elle a ouvert la boîte et aurait pris soin de bien faire cuire son contenu. La chair était foncée et présentait un goût fort et salé. Il n'y a pas eu de restes pour l'analyse, mais le syndrome clinique indiquait une intoxication staphylococcique. Sans aucun doute, la cuisson aurait éliminé tous les agents à l'exception des toxines thermorésistantes comme les entérotoxines staphylococciques. La boîte de conserve présentait un joint desserré comme dans le cas des autres boîtes de conserve achetées à Gravelbourg. On a tenté sans succès de trouver dans les magasins de détail de Victoria d'autres boîtes de conserve présentant un joint défectueux.

Étant donné que le contenu des deux boîtes de conserve a été consommé peu après l'ouverture des boîtes, les agents responsables de la maladie s'étaient probablement introduits avant, fort probablement au cours du traitement. Les boîtes de miettes de gades ont été préparées par la même entreprise de l'Île-du-Prince-Édouard au début de juillet 1978; les 2 boîtes de conserve responsables de la maladie ont probablement été préparées le même jour ou à quelques jours d'intervalle. Le contrôle de la qualité, y compris la vérification des joints, était médiocre; les boîtes remplies prêtes à être traitées étaient plongées, pendant des périodes allant jusqu'à 200 minutes, dans de l'eau chaude contaminée par le produit et, sans doute, par des bactéries. Après traitement, les boîtes étaient refroidies dans de l'eau provenant du système municipal sans chloration additionnelle. Par conséquent, les possibilités de contamination des boîtes après traitement étaient grandes. *S. aureus* peut avoir été présent dans l'eau servant au refroidissement et peut s'être introduit dans les boîtes par les joints desserrés. L'entreposage ultérieur à la température ambiante aurait permis la croissance du microorganisme et la production de toxine. Il est également possible que certains microorganismes se soient introduits dans les boîtes remplies conservées dans l'eau chaude avant qu'elles soient traitées. Le vide aurait favorisé l'infiltration des bactéries. Même si le traitement subséquent à la chaleur devait normalement suffire à tuer *S. aureus*, de petites quantités de toxine auraient pu avoir été produites au cours de la période prolongée précédant le traitement. Ceci pourrait expliquer les concentrations faibles de toxine observées dans les boîtes de conserve examinées après le premier incident; toutefois, il y a une autre explication possible, à savoir la croissance localisée de *S. aureus* dans le produit, à proximité des joints défectueux.

As a result of the 2 complaints and the problems found at the cannery, a public health warning was made concerning all products processed by the manufacturer, and certification for operation was withdrawn until improvements were made to the processing practices.

SOURCE: D.M. Burgener, B.Sc., R. Foster, B.Sc., D. Adamik, B.Sc. and M.R. Attwood, B.Sc., Microbiology Section, Central Region, Health Protection Branch, Winnipeg; R. Szabo, M.Sc., N. Dickie, Ph.D., M. Akhtar, Dip. Chem., E. Todd, Ph.D. and B. Brown, Ph.D., Bureau of Microbial Hazards, Health Protection Branch, Ottawa; H. Herries, B.Sc., Central Region, Health Protection Branch, and J. Skorobohach, B.Sc., Provincial Laboratories, Saskatchewan Health, Regina; K.M. Odermatt, B.S.A., Western Region, Health Protection Branch, Victoria; and D. Stroh, C.P.H.I.(C.), Moose Jaw - Assiniboia Health Region, Community Services Branch, Saskatchewan Health, Assiniboia.

Comment: Two (2) points of interest emerge from this report. The first one concerns the amount of toxin required for illness. The few reports in the literature where amounts of toxin found in the food associated with outbreaks are documented state levels of 0.01 to 0.9 µg/g, and if 100 g of food were ingested, the toxin dose would be 1 to 9 µg⁽¹⁾. The amount of food eaten, however, is rarely measured and the above doses have to be approximate. In the first chicken haddie incident, this kind of information is available: 0.023 µg enterotoxin A/g fish were found and approximately 2 ozs. (57 g) of food eaten by each of the victims. This means that the toxic dose was < 1.3 µg enterotoxin A, an amount compatible with the literature figures. The second point is that there would have been no connection made between the 2 outbreaks, and perhaps no public health warning, had there not been an official in one agency, namely the Foodborne Disease Reporting Centre, Health Protection Branch, who received copies of both complaints and recognized the unusual product name, even though months had passed between the receipt of the first and second reports. It is probable other undocumented illnesses from this product occurred. How many other contaminated products are escaping provincial and federal surveillance systems? To reduce this possibility, perhaps one approach would be for local agencies to maintain a log of complaints and illnesses and every month send copies of these to provincial or regional headquarters where logs would be compared. Copies of these in turn could be sent to the Foodborne Disease Reporting Centre for a national comparison. An example of such a log is contained in Procedures to Investigate Foodborne Illness⁽²⁾.

References:

1. Bryan, F.L. *Staphylococcus aureus*. In: Defigueiredo, M.P. and Splitstoesser, D.F., eds. *Food Microbiology: Public Health and Spoilage Aspects*. The AVI Publishing Co., Inc., Westport, Connecticut, 1976.
2. *Procedures to Investigate Foodborne Illness*, 3rd ed. International Association of Milk, Food and Environmental Sanitarians, Inc., Ames, Iowa. 1976.

SOURCE: E. Todd, Ph.D., Bureau of Microbial Hazards, Food Directorate, Health Protection Branch, Ottawa.

EPIDEMIOLOGICAL INVESTIGATION OF A BRUCELLOSIS OUTBREAK IN A MEAT PACKING PLANT IN ALBERTA

Eight (8) cases of brucellosis were notified in Alberta during 1977. From May to November 1978, 6 occupationally

A la suite de ces deux incidents et des problèmes observés à la conserverie, le public a été mis en garde contre tous les produits de cette entreprise et le permis d'exploitation de l'entreprise a été retiré jusqu'à ce que des améliorations soient apportées aux méthodes de traitement.

SOURCE: D.M. Burgener, B.Sc., R. Foster, B.Sc., D. Adamik, B.Sc. et M.R. Attwood, B.Sc., Section de microbiologie, Région centrale, Direction générale de la protection de la santé, Winnipeg; R. Szabo, M.Sc., N. Dickie, Ph.D., M. Akhtar, Dip. Chem., E. Todd, Ph.D., et B. Brown, Ph.D., Bureau de microbiologie, Direction générale de la protection de la santé, Ottawa; H. Herries, B.Sc., Région centrale, Direction générale de la protection de la santé, et J. Skorobohach, B.Sc., Laboratoires provinciaux, ministère de la Santé de la Saskatchewan, Regina; K.M. Odermatt, B.S.A., Région de l'Ouest, Direction générale de la protection de la santé, Victoria; et D. Stroh, C.P.H.I. (C.), Région sanitaire de Moose Jaw - Assiniboia, Direction générale des services communautaires, ministère de la Santé de la Saskatchewan, Assiniboia.

Observations: Le présent rapport soulève deux (2) points intéressants. Le premier concerne la quantité de toxine nécessaire pour engendrer la maladie. Dans les quelques rapports figurant dans la documentation scientifique où sont précisées les quantités de toxine trouvées dans un aliment lié à une poussée, il est question de concentrations de l'ordre de 0.01 à 0.9 µg/g ou, si 100 g d'aliments sont consommés, de 1 à 9 µg⁽¹⁾. Toutefois, la quantité de nourriture consommée n'est que rarement calculée et les doses indiquées ci-dessus doivent être évaluées de façon approximative. Dans le premier épisode lié aux miettes de gades, ce type d'information est disponible: on a trouvé 0.023 µg d'entérotoxine A par gramme de poisson et chacune des victimes a consommé environ 2 oz (57 g) de poisson. Cela signifie que la dose toxique était < 1.3 µg d'entérotoxine A, soit une quantité qui concorde avec les valeurs citées dans la documentation. L'autre point intéressant est lié au fait que, n'eût été d'un membre du Centre de déclaration des maladies d'origine alimentaire, de la Direction générale de la protection de la santé, qui avait reçu des exemplaires des 2 rapports et qui a reconnu le nom inhabituel du produit (même si les deux rapports étaient espacés de plusieurs mois), il est probable qu'aucun lien n'aurait été établi entre les 2 poussées et qu'aucune mise en garde publique n'aurait été faite. Il est probable également que d'autres cas de maladie non déclarés ont été liés à ce produit. Combien d'autres produits contaminés échappent aux systèmes de surveillance provinciaux et fédéraux? Pour réduire cette possibilité, il faudrait peut-être que les organismes locaux dressent une liste des plaintes et des cas de maladie et que chaque mois des exemplaires de ces listes soient acheminés aux bureaux centraux provinciaux ou régionaux à des fins de comparaison. Par la suite, des exemplaires devraient être envoyés au Centre de déclaration des maladies d'origine alimentaire pour qu'une comparaison à l'échelle nationale soit réalisée. On peut trouver un exemple de ce type de liste dans la publication "Procedures to Investigate Foodborne Illness"⁽²⁾.

Références:

1. Bryan, F.L. *Staphylococcus aureus*. In: Defigueiredo, M.P. and Splitstoesser, D.F., éds. *Food Microbiology: Public Health and Spoilage Aspects*. The AVI Publishing Co., Inc., Westport, Connecticut, 1976.
2. *Procedures to Investigate Foodborne Illness*, 3rd ed. International Association of Milk, Food and Environmental Sanitarians, Inc., Ames, Iowa. 1976.

SOURCE: E. Todd, Ph.D., Bureau de microbiologie, Direction des aliments, Direction générale de la protection de la santé, Ottawa.

ENQUÊTE ÉPIDÉMIOLOGIQUE SUR UNE POUSSÉE DE BRUCELLOSE DANS UNE USINE DE CONDITIONNEMENT DE VIANDE EN ALBERTA

Huit (8) cas de brucellose ont été notifiés en Alberta au cours de l'année 1977. De mai à novembre 1978, 6 cas de brucellose

related cases of brucellosis were reported to Alberta Workers' Health, Safety and Compensation. This led to an epidemiological investigation involving active collaboration among local, provincial, and federal agencies as well as the management and workers at a meat packing plant.

One hundred and ninety-three (193) workers were examined for the presence of brucella antibodies and 17 (8.8%) were found to be seropositive. Fourteen (14) of the seropositive cases had been employed for 5 years or less at the plant. Workers not wearing spectacles had a 7 times greater risk of infection than spectacle wearers. Slaughtering 20-25 reactor cattle per day is estimated as the critical number of infected cattle above which the risk of infection is increased and was associated with the outbreak of brucellosis at the plant.

SOURCE: B.C. Alleyne, Epidemiologist and R. Orford, M.D., Director, Medical Services Branch, Alberta Occupational Health, Safety and Workers' Compensation, Edmonton; B. Lacey, M.D., Medical Officer of Health, Mr. I.H. Potter and Mrs. L. Laque, Lethbridge Health Unit; E. Watty, M.D., Microbiology, Lethbridge Municipal Hospital; J. MacIntyre, M.D., Field Epidemiologist, L.C.D.C. Department of National Health and Welfare; and F.M.M. White, M.D. Director, Communicable Disease Control and Epidemiology, Alberta Social Services and Community Health, Edmonton (as reported in *Epidemiological Notes and Reports*, Vol. 3, No. 13, 1979, Alberta).

International Notes

YELLOW FEVER - TRINIDAD AND TOBAGO

The yellow fever virus has been isolated from monkeys in the Fishing Pond area of Northeast Trinidad, the latest date of virus activity being October 24, 1979. In humans, there have been 8 confirmed cases reported during this present outbreak, giving a total of 15 confirmed cases since the beginning of 1979; 5 of these cases have died. The cases are all sylvatic in origin. There is still no evidence of virus activities on the island of Tobago.

SOURCE: CAREC Surveillance Report, November 1979.

Erratum, Vol. 5-52, p. 242 - "Hemolytic Uremic Syndrome: Clustering of Ten Cases and Association with Multiple Viral Infections - Alberta"

The reference to the cousin as case 3 in the first paragraph on page 243 was an error in editing. This child did not develop diarrhoea, did not require hospitalization, and at no time showed manifestations of hemolytic uremic syndrome. The next paragraph stated that the prodromal phase of illness in patients who developed HUS was marked by bloody diarrhoea in all cases (100%).

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

professionnelle ont été signalés à l'Alberta Workers' Health, Safety and Compensation. Cela a conduit à une enquête épidémiologique à laquelle ont collaboré les organismes locaux, provinciaux et fédéraux, de même que la direction et les travailleurs d'une usine de conditionnement de viande.

On a examiné cent quatre-vingt-treize (193) travailleurs afin de dépister la présence d'anticorps anti-brucella, et 17 (8.8%) se sont révélés séropositifs. Quatorze (14) de ce dernier nombre travaillaient à l'usine depuis 5 ans ou moins. Les travailleurs ne portant pas de lunettes avaient été 7 fois plus exposés au risque d'infection que les autres. On estime que l'abattage de 20 à 25 bovins positifs par jour correspond au seuil critique de bovins infectés, au-dessus duquel le risque d'infection s'accroît, et ce nombre est lié à l'épidémie de brucellose à l'usine.

SOURCE: B.C. Alleyne, épidémiologiste et Dr R. Orford, Directeur de la Medical Services Branch de l'Alberta Occupational Health, Safety and Workers' Compensation, Edmonton, B. Lacey, médecin-hygiéniste, M. I.H. Potter et Mme L. Laque de la Lethbridge Health Unit, Dr E. Watty, service de microbiologie de l'Hôpital municipal de Lethbridge, J.A. MacIntyre, épidémiologiste régional du L.L.C.M. au ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, et Dr F.M.M. White, Directeur de la lutte contre les maladies transmissibles et de l'épidémiologie de l'Alberta Social Services and Community Health à Edmonton (voir *Epidemiological Notes and Reports*, Vol. 3, No 13, 1979, Alberta).

Notes internationales

FIÈVRE JAUNE - TRINIDAD ET TOBAGO

Le virus de la fièvre jaune a été isolé chez des singes de la région de Fishing Pond du nord-est de Trinidad, la dernière date de l'activité du virus étant le 24 octobre 1979. Chez les humains, on a signalé 8 cas confirmés au cours de l'épidémie actuelle, ce qui porte le total des cas confirmés à 15 depuis le début de 1979; 5 de ces personnes sont mortes. Les cas sont tous d'origine sylvestre. Il n'y a toujours pas d'indice d'activité du virus sur l'île de Tobago.

SOURCE: Rapport de surveillance CAREC, novembre 1979.

Erratum, Vol. 5-52, p. 242 - "Syndrome hémolytique et urémique: groupement de dix cas et lien avec des infections virales multiples - Alberta"

Dans le premier paragraphe de la page 243, l'association entre le cousin et le cas n° 3 est une erreur de rédaction. Cet enfant n'a pas eu la diarrhée, n'a pas nécessité d'hospitalisation et n'a jamais présenté de manifestations du syndrome hémolytique et urémique. Le paragraphe suivant affirmait que la phase prodromique de la maladie chez les sujets ayant contracté le SHU a été caractérisée dans tous les cas par une diarrhée sanguine (100%).

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 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