

NOV 12 1981



# Canada Diseases Weekly Report

ISSN 0382-232X



# Rapport hebdomadaire des maladies au Canada

Date of publication: November 7, 1981  
Date de publication: 7 novembre 1981

Vol. 7-45

**CONTAINED IN THIS ISSUE:**

Giardiasis Outbreak in a Day-Care Centre - Alberta .....	221
Possible Waterborne Campylobacter Outbreak - British Columbia .....	223
Notifiable Diseases Summary .....	224-225
Smallpox Vaccination Certificates .....	227
Surveillance Data on Selected Diseases .....	228

**CONTENU DU PRÉSENT NUMÉRO:**

Poussée de giardiasis dans une garderie - Alberta ...	221
Maladie d'origine hydrique vraisemblablement attribuable à Campylobacter - Colombie-Britannique ...	223
Sommaire des maladies à déclaration obligatoire ..	224-225
Certificats de vaccination antivariolique .....	227
Données de surveillance pour certaines maladies ...	228

**GIARDIASIS OUTBREAK IN A  
DAY-CARE CENTRE - ALBERTA**

When a parent raised concern about diarrhea in a Calgary Day-Care Centre, the Community Health Nurse who investigated the problem found that 5 of the 10 children aged 6 to 18 months and all 15 of the children aged 15 months to 2.5 years had been symptomatic during the preceding 6 months. Occasional symptoms were reported to have occurred in older age groups and there was one symptomatic staff member who had recently returned from extensive travel in Africa. Stool specimens for culturing and sensitivity testing plus examination for ova and parasites were requested from all staff and symptomatic children. When giardiasis was confirmed in 13 stools, the Day-Care Centre operator, in consultation with the Community Health Nurse, requested stool specimens from all the children in the Centre. Following receipt of the first positive reports, public health officials began ensuring that all staff had a full understanding of precautions for enteric disease and were prepared to observe them. Table 1 shows the attack rate for each age group found in the initial screening.

**POUSSÉE DE GIARDIASIS DANS  
UNE GARDERIE - ALBERTA**

Par suite de l'inquiétude manifestée par un parent au sujet de la diarrhée dans une garderie de Calgary, l'infirmière hygiéniste communautaire qui avait enquêté sur la situation constata que 5 des 10 enfants âgés de 6 à 18 mois et l'ensemble des 15 enfants âgés de 15 mois à 2.5 ans avaient été symptomatiques au cours des 6 mois précédents. Il fut signalé que des symptômes étaient apparus à l'occasion chez les enfants plus âgés et qu'un membre symptomatique du personnel était entré récemment d'un long séjour en Afrique. On demanda de prélever chez le personnel et tous les enfants symptomatiques, des échantillons de selles pour analyse de culture et de sensibilité et pour la recherche d'oeufs et de parasites. Lorsque la giardiasis fut confirmée dans 13 coprocultures, la personne responsable de la garderie, de concert avec l'infirmière hygiéniste communautaire, demandèrent que des coprocultures soient prélevées chez tous les enfants de la garderie. Après avoir reçu les premiers résultats positifs, les autorités sanitaires s'assurèrent que tous les employés étaient bien au fait des précautions à prendre pour les affections entériques et s'engagèrent à les surveiller. Le Tableau 1 indique le taux d'atteinte constaté pour chaque groupe d'âges au cours du dépistage initial.

TABLE 1/TABLEAU 1

Results of Initial Screening for Giardiasis  
December 30, 1980 to February 20, 1981/  
Résultats du dépistage initial de la giardiasis  
Du 30 décembre au 20 février 1981

AGE/ÂGE	TOTAL NUMBER/ NOMBRE TOTAL	NUMBER TESTED/ NOMBRE TESTÉ	NUMBER POSITIVE/ NOMBRE POSITIF	PERCENTAGE POSITIVE OF NUMBER TESTED/ POURCENTAGE POSITIF DU NOMBRE TESTÉ	OVERALL ATTACK RATE (%)/ TAUX D'ATTEINTE GLOBAL (%)
6 - 18 months/mois	11	10	1	10.0	9.1
18 months/mois - 2.5 years/ans	16	14	10	71.4	62.5
2.5 - 3.5 years/ans	14	7	4	57.1	28.6
3.5 - 4.5 years/ans	27	13	5	38.5	18.5
4.5 - 5.5 years/ans	34	17	7	41.2	20.6
School age/Âge scolaire	17	11	2	18.2	11.8
Staff/Personnel	11	11	1	9.1	9.1
<b>TOTAL</b>	<b>130</b>	<b>83</b>	<b>30</b>	<b>36.1</b>	<b>23.1</b>

A decision was made to establish an isolation room in the Day-Care Centre where all positive cases and all unknown cases would be isolated until proven negative. This room had its own toilet facilities and its own entry and exit. Children could leave the isolation room when they had 2 negative stool reports. In actual practice, the

Il fut décidé d'ouvrir une salle d'isolement à la garderie et d'y placer tous les cas positifs et tous les cas inconnus jusqu'à ce qu'ils deviennent négatifs. Cette salle avait sa propre salle de bain ainsi qu'une entrée et une sortie. Les enfants pouvaient quitter la salle d'isolement s'ils présentaient deux coprocultures négatives. De fait, l'isolement fut



isolation unit was discontinued when all positive cases had received treatment and had at least one negative lab report with a second one pending. Family contacts of positive cases were asked to submit stool specimens. Parents received a follow-up letter stating that their children had 2 negative stool reports. The results of the total Centre screening are presented in Table 2.

discontinué lorsque tous les cas positifs eurent été traités et que le laboratoire eut confirmé, pour chacun d'eux, la négativité d'au moins une coproculture en attendant les résultats d'une deuxième. On demanda aux sujets-contacts familiaux des cas positifs de fournir des coprocultures. Les parents reçurent une lettre de relance leur signalant que leurs enfants avaient eu 2 coprocultures négatives. Le Tableau 2 présente les résultats du dépistage global de la garderie.

TABLE 2/TABLEAU 2

Results of Second Screening for Giardiasis  
February 23 to April 1, 1981/  
Résultats du deuxième dépistage de la giardiose  
Du 23 février au 1<sup>er</sup> avril 1981

AGE/ÂGE	TOTAL NUMBER/ NOMBRE TOTAL	NUMBER TESTED/ NOMBRE TESTÉ	NUMBER POSITIVE/ NOMBRE POSITIF	NUMBER POSITIVE NOT PREVIOUSLY TESTED/ NOMBRE POSITIF NON TESTÉ AUPARAVANT	NUMBER POSITIVE WITH PREVIOUS NEGATIVE RESULTS/ NOMBRE POSITIF AYANT AUPARAVANT PRÉSENTÉ DES RÉSULTATS NÉGATIFS	NUMBER POSITIVE WITH PREVIOUS POSITIVE RESULTS/ NOMBRE POSITIF AYANT AUPARAVANT PRÉSENTÉ DES RÉSULTATS POSITIFS	OVERALL ATTACK RATE (%)/ TAUX D'ATTEINTE GLOBAL (%)
6-18 months/mois	13	13	6	1*	4	1**	46.2
18 months/mois - 2.5 years/ans	15	15	2	1	0	1***	13.3
2.5 - 3.5 years/ans	16	16	2	2	0	0	12.5
3.5 - 4.5 years/ans	25	25	4	4	0	0	16.0
4.5 - 5.5 years/ans	34	34	7	6	1	0	20.6
School Age/Âge scolaire	18	18	1	0	1	0	5.6
Staff/Personnel	11	11	1	0	1	0	9.1
TOTAL	132	132	23	14	7	2	17.4

\* This child had been admitted to the Centre after the initial screening and became symptomatic one week later./Cet enfant avait été admis à la garderie après le dépistage initial et devint symptomatique une semaine plus tard.

\*\* This child had not been treated due to a misunderstanding on the part of the parents for whom English was a second language./Cet enfant n'avait pas été traité en raison d'un malentendu de la part des parents dont la langue seconde était l'anglais.

\*\*\* This child was treated and then apparently reinfected./Cet enfant a été traité et a été apparemment réinfecté par la suite.

Comparing the 2 tables, it is clear that the disease continued to be transmitted in the 6- to 18-months age group, even after careful precautions for enteric disease had been taught. The diaper change area was most highly suspect following further investigation. The change tables were not being adequately washed, and the surfaces were not being covered with disposable paper prior to changing an infant.

The recommended precautions for enteric disease taught to the staff were as follows:

1. Symptomatic children and staff were to be excluded from the regular program and referred for assessment and treatment immediately.
2. A very strict hand-washing technique was to be used when caring for identified giardiasis cases.
3. Hand washing by staff and children following use of the toilet, when assisting children with toileting, and when changing diapers, cleaning change tables and potties was strongly emphasized. In addition, careful hand washing was required before handling food or feeding children, and when staff left the isolation area to join the regular program. An adequate supply of soap, warm water and disposable towels was essential.
4. Staff members were required to work in a specific group and not to rotate through the different areas.
5. A water play centre which the children enjoyed was discontinued.
6. Disposal of food in bathroom waste containers was to be forbidden.

La comparaison des deux tableaux démontre clairement que la maladie continua d'être transmise chez le groupe d'âge de 6 à 18 mois, même après qu'on eut recommandé les précautions supplémentaires à prendre en cas de maladie entérique. Une enquête a révélé que l'endroit où l'on changeait les couches était des plus suspects. On ne nettoyait pas correctement les tables prévues à cette fin et on ne remplaçait pas la feuille de papier jetable recouvrant les tables après avoir changé la couche d'un nourrisson.

Voici les précautions recommandées au personnel.

1. Il fallait exclure les enfants et le personnel symptomatiques du programme habituel et les diriger vers les responsables pour évaluation et traitement immédiats.
2. Il fallait adopter une technique de nettoyage des mains très rigoureuse lorsqu'il s'agissait de s'occuper de cas de giardiose identifiés.
3. On recommandait fortement que les enfants et le personnel se lavent les mains après s'être servis des toilettes, et que le personnel fasse de même après avoir aidé les enfants à s'en servir, et lorsqu'il changeait les couches et nettoyait les tables prévues à cette fin ainsi que les pots de bébé. En outre, il fallait bien se laver les mains avant de manipuler des aliments ou de nourrir les enfants, et avant de quitter la salle d'isolement pour poursuivre le programme habituel. Il était essentiel de disposer d'un bon approvisionnement de savon, d'eau chaude et de serviettes jetables.
4. Les membres du personnel devaient travailler dans un groupe particulier et ne devaient pas passer d'une zone à l'autre.
5. Une zone de jeux aquatiques, où les enfants aimaient bien aller, leur fut interdite.
6. Il ne fallait pas jeter d'aliments dans les paniers de la salle de bain.

7. Bathroom fixtures, regular table tops and floors were to be disinfected twice daily with bleach solution.
8. Change tables were to have clean paper liners following each use. A bleach solution consisting of one half ounce of bleach to one gallon of water, or full strength isopropyl alcohol was to be used to disinfect table surfaces following routine diaper changing (approximately 3 times daily). If a table became soiled, it was to be washed with hot soapy water followed by disinfecting solution. Surfaces were to be dried with unused paper towels before clean paper liners were placed on them.

**Discussion:** This outbreak of giardiasis presented several problems. The disease had probably been present for at least 6 months prior to being brought to the attention of the Local Board of Health. Some symptomatic children were negative when testing actually began. Their symptoms may have been due to rotavirus, to giardiasis which was present but undetected, or to other infections. On the other hand, some asymptomatic children were positive and potential carriers. A major problem was that of mobility and child turnover. Although the Day-Care Centre was licensed for 120 children, over 145 were exposed during the first 3 months of 1981; 49 of these had positive stool specimens. Eleven (11) children withdrew from the Centre prior to testing and were lost to follow-up. A further problem was that of staff turnover and training. Day-Care Centre staff need education in hygiene, sanitary and foodhandling practices.

In this mini-epidemic, change tables which were being improperly cleaned were implicated as the source of infection. At the end of this outbreak, the Local Board of Health advised Day-Care Centre operators to refer symptomatic children to general practitioners in the future. They were further encouraged to consult the Local Board of Health if they noted any increases in the number of children with diarrhea.

**SOURCE:** Catherine A Hankins, MD, Assistant Medical Officer of Health and Catherine F Lockerby, BSc, Communicable Disease Control and Prevention Nurse; Calgary Local Board of Health (as reported in *Epidemiologic Notes and Reports*, Vol 5, No 8, 1981, published by Alberta Social Services and Community Health).

#### POSSIBLE WATERBORNE CAMPYLOBACTER OUTBREAK - BRITISH COLUMBIA

In mid-July 1980, the Provincial Laboratory initiated an investigation into a cluster of cases of *Campylobacter jejuni/coli* in Nakusp. A case definition of diarrhea and abdominal cramps without other likely causes had identified 17 probable *C. jejuni/coli* infections at the Upper Arrow Lakes Hospital during the first 3 weeks of July. Stool samples on 5 of these cases had been positive for the organism when cultured at the Provincial Laboratory. Eleven (11) of the 17 cases were females and 6 were males; their ages ranged from <1 to >70 years of age.

Contact with local physicians in Nakusp revealed that many cases of gastroenteritis had occurred in the area during the first half of July. A telephone survey of households in the area (65 contacted, 55 respondents) indicated that no restaurant was extensively used, no major gatherings had been held, and one food store was usually used. Eighteen (18) households (33%) had at least one person ill. The attack rates for households grouped by water supply were as follows: village supply 35% (15/43), own supply near the village 60% (3/5), and own supply distant from the

7. Il fallait désinfecter les accessoires de la salle de bain, le dessus des tables ordinaires et les planchers deux fois par jour en utilisant une solution javellisée.
8. Il fallait, remplacer la feuille de papier recouvrant les tables prévues à cette fin pour changer les couches après chaque utilisation. Il fallait se servir d'une solution renfermant une demi-once d'eau de javel par gallon d'eau, ou d'alcool isopropylique non dilué, pour désinfecter la surface des tables après chaque changement de couches (environ 3 fois par jour). Si une table était souillée, il fallait la nettoyer, d'abord avec de l'eau chaude savonneuse puis avec la solution désinfectante. Il fallait ensuite essuyer les surfaces avec des serviettes de papier non utilisées avant d'y mettre la feuille de papier propre.

**Discussion:** Cette poussée de giardiase donna lieu à plusieurs difficultés. Avant d'être portée à l'attention du Conseil d'hygiène de la localité, l'affection existait probablement déjà à la garderie depuis au moins 6 mois. Certains enfants symptomatiques étaient négatifs lorsque les tests ont été effectivement entrepris. Leurs symptômes étaient peut-être attribuables à un rotavirus, à une giardiase présente mais non décelée, ou à d'autres infections. Par ailleurs, certains enfants asymptomatiques étaient positifs et constituaient des porteurs potentiels. Un important problème qui intervint fut celui de la mobilité et du roulement des enfants. Bien que la garderie put accueillir, en vertu de son permis, 120 enfants, plus de 145 furent exposés au cours des 3 premiers mois de 1981; les coprocultures étaient positives chez 49 de ces derniers. Comme les onze enfants quittèrent la garderie avant que les tests ne fussent entrepris, ils ne purent faire l'objet d'une post-observation. Le roulement et la formation du personnel posèrent un autre problème. Il importe d'inculquer au personnel des garderies les principes liés à l'hygiène et aux pratiques de manipulation d'aliments.

Au cours de cette mini-épidémie, les tables prévues pour changer les couches et qui n'étaient pas bien nettoyées furent incriminées comme source de l'infection. À la fin de cette poussée, le Conseil d'hygiène de la localité conseilla aux responsables des garderies de diriger, à l'avenir, les enfants symptomatiques vers des omnipraticiens. Il les encouragea de plus à le consulter s'ils se rendaient compte de toute augmentation dans le nombre d'enfants présentant une diarrhée.

**SOURCE:** Dr Catherine A Hankins, Médecin adjoint et Catherine F Lockerby, BSc, Infirmière responsable de la prévention et de la lutte contre les maladies transmissibles, Conseil d'hygiène local de Calgary (comme il a été signalé dans les *Epidemiologic Notes and Reports*, Vol 5, n° 8, 1981, une publication du ministère des Services sociaux et de la Santé communautaire de l'Alberta).

#### MALADIE D'ORIGINE HYDRIQUE VRAISEMBLABLEMENT ATTRIBUABLE À CAMPYLOBACTER - COLOMBIE-BRITANNIQUE

À la mi-juillet 1980, le Laboratoire provincial a amorcé une enquête sur une concentration de cas de maladie attribuable à *Campylobacter jejuni/coli* à Nakusp. La définition d'un cas, selon laquelle un sujet présenterait une diarrhée et des crampes abdominales sans autres causes probables, a permis d'identifier 17 infections probables *C. jejuni/coli* au Upper Arrow Lakes Hospital au cours des 3 premières semaines de juillet. Les échantillons de selle de 5 de ces cas, mis en culture par le Laboratoire provincial, se sont révélés positifs à l'égard de l'organisme. Onze (11) des 17 cas étaient des femmes et 6, des hommes; leur âge variait entre <1 à >70 ans.

Selon les médecins de Nakusp, plusieurs cas de gastro-entérite s'étaient produits dans la région au cours de la première moitié du mois de juillet. Un sondage téléphonique des ménages de la région (65 ménages, 55 répondants) indiquait qu'aucun restaurant n'avait été fréquenté par un nombre inhabituel de clients, qu'aucun rassemblement majeur n'avait en lieu et que les habitants fréquentaient habituellement 1 magasin alimentaire. Dix-huit (18) ménages (33%) comptaient au moins 1 personne malade. Voici les taux d'atteinte des ménages regroupés en fonction de l'approvisionnement en eau: approvisionnement du village - 35% (15/43), approvisionnement privé

## NOTIFIABLE DISEASES SUMMARY

## SOMMAIRE DES MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE

DISEASE - MALADIE	ICD9 — CIM9	CANADA		NFLD.-T.-N.		P.E.I.-I.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.					
		1981	1980	1981	1980	1981	1980	1981	1980	1981	1980				
Anthrax - Charbon	022	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Botulism - Botulisme	005.1	-	1	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Chancroid - Chancre mou	099.0	1	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Cholera - Choléra	001	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Diphtheria - Diphthérie	032	1	4	48	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Food Poisoning - Toxi-infection alimentaire *1	8	261	309	-	-	22	-	-	-	-	6	-	51		
Gonococcal Infections	Ophthalmitis Neonatorum	098.4	2	6	10	1	1	-	-	..	-	-	-		
Infections gonococciques	Ophthalmitis du nouveau-né	Others - Autres *2	3565	40191	39791	90	683	575	7	74	81	..	690		
Total Gonococcal Infections		098	3567	40197	39801	91	684	576	7	74	81	..	690		
Toutes infections gonococciques		*3											1189		
Hepatitis A - Hépatite virale A	070.0	99	745	1027	-	4	7	-	8	12	..	3	23		
Hepatitis B - Hépatite virale B	070.2	102	764	840	-	1	4	-	-	-	..	6	6		
Lassa Fever - Fièvre de Lassa	078.8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	..	-	-		
Leprosy - Lèpre	030	1	15	18	-	-	-	-	-	-	..	-	-		
Measles - Rougeole	095	54	1933	12573	3	664	349	-	-	-	..	186	49		
Meningitis	Haemophilus - à Haemophilus	320.0	9	194	174	-	6	3	-	-	..	9	6		
Encephalitis	Bacterial Meningitis	320.1	4	38	44	-	2	1	-	-	..	4	-		
Encéphalite Bactérienne	Others - Autres *4	14	72	89	1	6	3	-	-	-	..	3	4		
Meningitis/Encephalitis Viral		55	194	170	-	-	4	-	-	3	..	3	9		
Méningite/Encephalite virale		*5										2	-		
Meningococcal Infections	036	13	155	205	-	14	16	-	-	-	..	5	5		
Infections à méningocoques												5	9		
Paratyphoid - Paratyphoïde	002.1-002.9	6	36	23	-	-	-	-	-	-	..	1	-		
Pertussis - Coqueluche	033	305	1773	1792	6	31	84	24	120	21	..	37	25		
Plague - Peste	020	-	-	-	-	-	-	-	-	-	..	-	-		
Poliomyelitis - Poliomyélite	045	-	-	-	-	-	-	-	-	-	..	-	-		
Rabies - Rage	071	-	-	-	-	-	-	-	-	-	..	-	-		
Rubella - Rubéole	056	79	1339	2799	5	16	42	-	-	-	..	36	14		
Congenital Rubella - Rubéole congénitale	771.0	-	-	12	-	-	-	-	-	-	..	-	-		
Salmonellosis - Salmonellose	003	888	5738	6647	21	198	141	9	34	48	..	82	123		
*6 Shigellosis - Shigellose	004	332	1668	1652	-	1	3	-	-	-	..	7	-		
Smallpox - Variole	050	-	-	-	-	-	-	-	-	-	..	-	-		
Syphilis Early (Primary and Secondary)	091	56	770	871	-	7	5	-	-	1	..	8	1		
Syphilis récente (Primaire et secondaire)		090,092-097	93	1354	1509	-	1	-	-	-	..	10	15		
Total Syphilis - Syphilis (toutes)		090-097	149	2124	2380	-	8	5	-	1	..	18	16		
Trichinosis - Trichinose	124	-	5	11	-	-	-	-	-	-	..	-	-		
Primary Tuberculosis		010	5	80	82	-	11	7	-	2	..	6	2		
Primo-infection tuberculeuse												-	-		
T.B. - Bactériologiquement Confirmed	Respiratory Respiratoire	011,012	102	777	941	-	22	36	-	7	3	..	19		
T.B. - Confirmée par examen bactériologique	Non-Respiratory Non respiratoire	013-018	37	217	245	-	2	8	-	2	1	..	5		
T.B. - Not Bacteriologically Confirmed	Respiratory Respiratoire	011,012	57	451	580	1	6	5	-	-	1	..	19		
T.B. - Non confirmée par examen bactériologique	Non-Respiratory Non respiratoire	013-018	19	113	105	1	5	3	-	-	-	..	6		
Typhoid - Typhoïde	002.0	13	65	70	-	-	-	-	-	-	..	-	-		
Viral Haemorrhagic Fever (excluding Lassa Fever 078.8)		065,078	-	-	-	-	-	-	-	-	..	-	-		
Fièvre hémorragique à virus (sauf de Lassa 078.8)												-	-		
Yellow Fever - Fièvre jaune		060	-	-	-	-	-	-	-	-	..	-	-		

- (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 Staphylocoques 005.0; Clostridium perfringens 005.2; autres Clostridia 005.3; Vibrio parahaemolyticus 005.4; Bacillus cereus 005.8; sans précision 005.9)
- (all 098 categories excluding 098.4) - (toutes les rubriques de 098 sauf 098.4)
- (all 098 categories including 098.4) - (toutes les rubriques 098, y compris 098.4)
- (all other categories excluding Meningococcal 036 and Tuberculosis 013.0) - (toutes les autres rubriques sauf à Méningocoques 036 et Tuberculeuse 013.0)
- (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)
- (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 October 3, 1981/Nouveaux cas déclarés pour la période de 4 semaines se terminant le 3 octobre 1981

QUÉBEC		ONTARIO		MANITOBA		SASKATCHEWAN		ALBERTA		B.C.-C.-B.		YUKON		N.W.T.-T.N.-O.			
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.	
	1981	1980		1981	1980		1981	1980		1981	1980		1981	1980		1981	1980
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
1	-	..	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	1
-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	1	2	-	2	-	1	28	1	1	10	-	6
10	28	-	49	57	-	6	4	1	121	70	6	7	-	-	67	-	71
-	2	..	1	4	-	-	-	-	1	3	1	-	1	2	-	-	-
4254	3172	..	11567	11975	492	3524	3032	254	2070	1964	893	8510	8764	756	7030	7515	61
4254	3174	..	11568	11979	492	3524	3032	254	2070	1964	894	8513	8765	756	7031	7517	61
36	26	38	177	272	9	44	103	10	97	130	19	143	188	18	219	251	-
121	96	34	440	557	1	26	19	9	72	89	15	56	41	1	25	14	1
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4	3	8	15	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
101	3096	18	672	8023	8	48	169	2	50	287	8	125	240	1	30	213	-
2	4	5	88	80	-	8	6	-	17	25	3	40	33	-	12	-	3
1	1	2	14	24	-	4	8	1	3	4	1	6	3	-	3	-	-
16	9	1	14	22	-	1	3	3	12	32	4	12	16	1	7	-	-
23	12	25	88	62	-	-	3	11	36	43	3	12	11	1	27	23	-
38	32	4	59	63	-	5	4	-	1	8	3	13	31	1	12	32	-
6	6	3	23	15	-	-	1	2	-	-	-	1	-	5	-	-	-
165	33	191	1078	933	-	4	20	8	70	168	14	44	94	31	200	399	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
197	392	7	427	1041	6	31	73	3	49	362	18	521	739	2	44	92	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	16	18
-	-	-	-	-	8	-	-	-	2	-	-	2	-	-	-	-	-
1338	1438	419	2635	3025	32	213	163	23	182	188	68	295	590	85	674	676	-
197	115	27	211	276	34	232	348	103	408	255	103	293	408	23	196	139	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
169	136	..	397	554	2	14	7	2	9	14	-	61	39	12	104	110	-
387	395	..	680	821	5	51	15	1	6	21	-	113	106	20	104	136	-
556	531	..	1077	1375	7	65	22	3	15	35	-	174	145	32	208	246	-
1	9	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1	3
14	6	-	14	12	1	9	13	-	4	12	..	12	15	2	10	11	-
157	219	57	212	289	4	60	57	3	34	41	..	65	77	18	148	145	-
39	42	24	91	112	2	20	15	2	11	15	..	23	15	2	18	14	-
181	221	24	141	119	2	14	46	2	19	22	..	12	26	5	52	108	-
16	3	6	23	28	-	9	24	1	5	6	..	7	6	7	42	29	-
23	19	9	29	37	-	1	2	-	-	1	-	6	6	-	5	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

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 ordinolinguée de Statistique Canada.

#### NOTE - NOTA

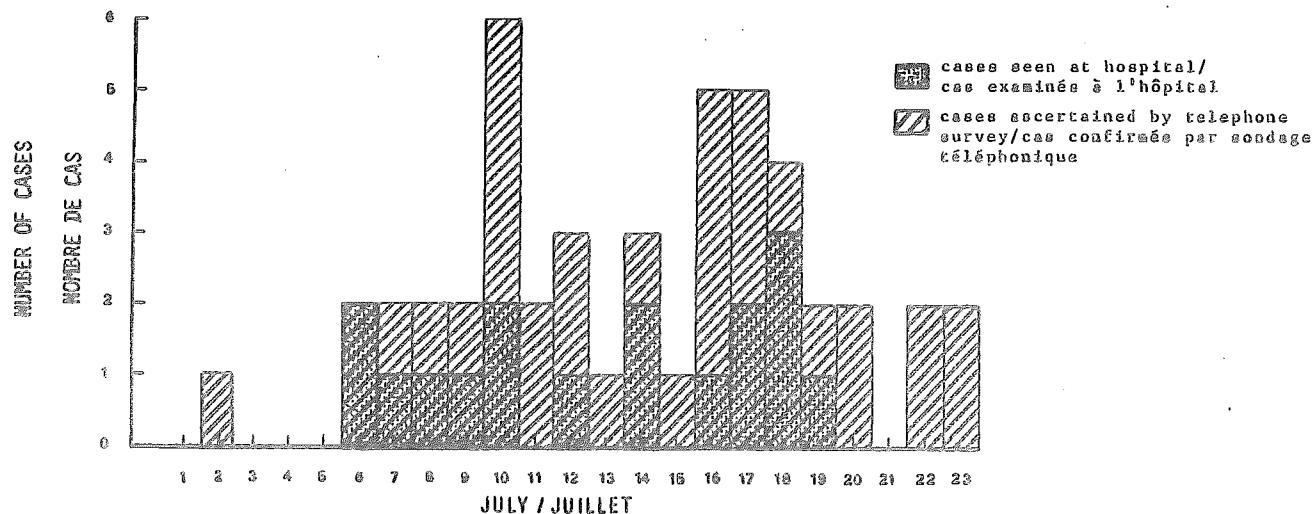
Cumulative total includes amendments to previously published figures  
Le total cumulatif comprend les révisions dans les chiffres déjà publiés

..	Not available	..	Non disponible
-	No cases reported	-	Aucun cas déclaré

village 0% (0/7). The overall attack rate for individuals in the 55 households responding was 21% (30/140); however, in the affected households it was 49% (30/61). No clustering by location in the village was observed. The epidemic curve (Figure 1) was compatible with an extended common source or 2 point sources. The incubation periods of 4 people who returned to the area from vacation and became ill ranged from 1-3 days.

situé près du village - 60% (3/5), et approvisionnement privé éloigné du village - 0% (0/7). Le taux d'atteinte global des habitants des 55 ménages répondants était de 21% (30/140); toutefois, il était de 49% (30/61) dans les ménages atteints. Aucune concentration de cas selon les secteurs du village n'a été observée. La courbe épidémique (Figure 1) indiquait une source commune continue ou des manifestations observées à 2 périodes différentes. Les périodes d'incubation constatées chez les 4 personnes qui revenaient de leurs vacances et qui sont tombées malades variaient entre 1 à 3 jours.

Figure 1 - Epidemic Campylobacteriosis, Nakusp, British Columbia, 1980/  
Figure 1 - Campylobactériose Épidémique, Nakusp, Colombie-Britannique, 1980



Forty-four (44) persons ill and 102 well were identified from a questionnaire distributed in the community and completed by 47 households. Attack rates were again analyzed by water supply with the following results: those using the village supply 35% (42 ill, 77 well) and those not using this water 7% (2 ill, 25 well). The difference between the 2 groups was statistically significant ( $p < 0.01$ , chi-square). In the village, the mean water intake of those ill was 7.9 cups/day  $\pm$  2.81, and of those well, 4.6 cups/day  $\pm$  2.14. This difference was also statistically significant ( $p < 0.05$  by the T-test).

Towards the end of the investigation, 12 of 42 cases who had submitted stool samples to the Provincial Laboratory had been confirmed positive for *Campylobacter*.

Nakusp is a village of approximately 2300 individuals, with an additional 1000 in the immediate trading area. The water supply is gravity fed from a reservoir, or pumped from a local river. It is not chlorinated. Work was done on the gravity line in July. No coliforms nor *Campylobacter* were isolated from the water when it was tested on July 23.

Although the source of contamination of the water supply is unknown, the field investigation indicated that this was a waterborne outbreak of campylobacteriosis. Up to 700-800 people may have been affected. Reports of *Campylobacter* induced illness<sup>(1)</sup> indicate that this organism is widespread in nature and may well prove to be a major cause of waterborne disease<sup>(2)</sup> in the future.

#### References:

1. Blaser MJ et al. J Inf Dis 1980;141:665-9.
2. MMWR 1978;27:207.

**SOURCE:** CA McNeill, MD, Nakusp; K Out, PHN and RT Pagan, MD, Director, Selkirk Health Unit, Nelson; P McMyre, PhD and WA Black, MB, ChB, Director, Division of Provincial Laboratories, and RG Mathias, MD, Division of Epidemiology, Ministry of Health, Vancouver, British Columbia.

Un questionnaire distribué dans la collectivité et rempli par 47 ménages a permis d'identifier 44 personnes malades et 102 personnes en bonne santé. On a, une fois de plus, analysé les taux d'atteinte en fonction de l'approvisionnement en eau et obtenu les résultats suivants: approvisionnement du village 35% (42 malades, 77 non atteintes), approvisionnement autre 7% (2 malades, 25 non atteintes). La différence constatée entre les 2 groupes était statistiquement significative ( $p < 0.01$ , Chi-carré). Au village, l'apport hydrique moyen des personnes malades était de 7.9 tasses/jour  $\pm$  2.81, et, chez les personnes non atteintes, il était de 4.6 tasses/jour  $\pm$  2.14. Cette différence était, elle aussi, statistiquement significative ( $p < 0.05$  selon le test T).

Vers la fin de l'enquête, 12 des 42 cas qui avaient présenté des coprocultures au Laboratoire provincial avaient été confirmés comme positifs à l'égard de *Campylobacter*.

Le village de Nakusp compte quelque 2300 habitants, ainsi que 1000 autres habitants dans la région commerciale immédiate. L'alimentation en eau se fait par gravité à partir d'un réservoir, ou par pression à partir d'une rivière de la localité. Il convient de noter que l'eau n'est pas chlorée. On avait effectué des travaux sur la canalisation gravitaire en juillet. Lorsque l'eau a été analysée le 23 juillet, aucun organisme coliforme, aucun *Campylobacter* n'a été mis en évidence.

Bien que la source de contamination de l'approvisionnement en eau soit inconnue, l'enquête sur le terrain a révélé qu'il s'agissait d'une poussée de campylobactériose d'origine hydrique. Près de 700 à 800 personnes ont été touchées. Des rapports portant sur des affections provoquées par *Campylobacter*<sup>(1)</sup>, indiquent que cet organisme est largement répandu et qu'il pourrait fort bien constituer, à l'avenir, une cause principale d'affections d'origine hydrique<sup>(2)</sup>.

#### Références:

1. Blaser MJ et al. J Inf Dis 1980;141:665-9.
2. MMWR 1978;27:207.

**SOURCE:** Dr CA McNeil, Nakusp, K Out, PHN et Dr TR Pagan, Directeur du Bureau de santé de Selkirk, Nelson; P McMyre, PhD et WA Black, MB, B Ch, Directeur de la Division des laboratoires provinciaux et Dr RG Mathias, Division d'épidémiologie, ministère de la Santé, Vancouver, Colombie-Britannique.

**Editorial Comment:** *Campylobacter jejuni* has only recently become recognized as an important human enteric pathogen. Studies of patients with diarrhea in England(1), Australia(2), Sweden(3) and the United States(4) have reported respective isolation rates of 7.1%, 1.9%, 10.9% and 4.1%. Further evidence has indicated that the incidence of enteritis due to *C. jejuni* is greater than that due to *Salmonella*.

However, the epidemiology of infection due to *C. jejuni* has yet to be delineated; no firm conclusions have been drawn concerning reservoirs of infection and mode of transmission. Reports to date have implicated domestic pets, poultry, raw milk and drinking water as sources.

The first reported outbreak of waterborne *C. jejuni* gastroenteritis in the U.S. occurred in June 1978 in Bennington, Vermont; approximately 2000 persons were affected(5). Epidemiologic investigation identified the town's water supply as the source of infection in that outbreak also.

#### References:

1. Skirrow MB. Br Med J 1977;2:9-11.
2. Steele TW, McDermott S. Med J Aust 1978;2:404-8.
3. Svedhem A, Kaijser B. J Inf Dis 1980;142:353-9.
4. Blaser MJ et al. J Inf Dis 1980;141:665-9.
5. MMWR 1978;27:207.

#### International Notes

##### SMALLPOX VACCINATION CERTIFICATES

Subsequent to the World Health Assembly Resolution WHA33.3, which declared that the people of the world had won freedom from smallpox, the Thirty-fourth World Health Assembly by Resolution WHA34.13 amended the International Health Regulations to remove smallpox from the diseases subject to these Regulations.

The last case of endemic smallpox occurred in October 1977 and, since that time WHO has continued an active surveillance programme and maintained an international smallpox rumour register. During the last three years, 155 reports of suspected smallpox from 55 countries(1) have been received by WHO. None of these have been shown to be naturally occurring smallpox.

With the exception of Chad, all countries have advised WHO that a smallpox vaccination certificate is no longer required from any traveller. From time to time however, reports are received by the Organization that these certificates are still being requested. These requests in the most part emanate from embassies and consulates in connection with applications for visas. In some instances, this is purely an administrative oversight in that visa application forms with a reference to smallpox have not been withdrawn or suitably modified. Another source of difficulty is that embassies and consulates receive instructions from Ministries of Foreign Affairs and the decision by national health administrations to stop requiring certificates has not yet reached those finally responsible for delivering the visa application to the travelling public.

There are occasions when subordinate paramedical staff at points of entry to a country are reported to be asking travellers for smallpox vaccination certificates contrary to the formal decision taken by the National Health Administration.

A final source of difficulty in this regard is those travel agents who incorrectly advise their clients to be vaccinated against smallpox. Some do this out of ignorance and some because their clients have complained that on arrival in a specific country a smallpox certificate has been requested.

**Observation de la rédaction:** Ce n'est que tout récemment que *Campylobacter jejuni* a été reconnu comme important organisme entéropathogène chez l'homme. Des études portant sur des patients atteints de diarrhée en Angleterre(1), en Australie(2), en Suède(3) et aux États-Unis(4) ont fait état taux d'isolement suivants de 7.1%, 1.9%, 10.9% et 4.1% respectivement. Des données supplémentaires ont démontré que l'entérite attribuable à *C. jejuni* est plus fréquente que l'entérite attribuable à *Salmonella*.

Toutefois, l'épidémiologie des infections attribuables à *C. jejuni* n'a pas encore été établie; aucune conclusion décisive n'a été tirée quant aux réservoirs d'infection et au mode de transmission. Les rapports présentés à ce jour ont incriminé des animaux domestiques, de la volaille, du lait cru et l'eau potable comme sources.

La première poussée de gastro-entérite attribuable à *C. jejuni* d'origine hydrique à être signalée aux États-Unis s'est produite à Bennington, au Vermont, en juin 1978: quelque 2000 personnes(5) ont été touchées. L'enquête épidémiologique a établi que, pour cette poussée également, l'approvisionnement en eau de cette ville était la source d'infection au cours de cette poussée aussi.

#### Références:

1. Skirrow MB. Br Med J 1977;2:9-11.
2. Steele TW, McDermott S. Med J Aust 1978;2:404-8.
3. Svedhem A, Kaijser B. J Inf Dis 1980;142:353-9.
4. Blaser MJ et al. J Inf Dis 1980;141:665-9.
5. MMWR 1978;27:207.

#### Notes internationales

##### CERTIFICATS DE VACCINATION ANTIVARIOLIQUE

La Trente-Troisième Assemblée mondiale de la Santé ayant déclaré par sa résolution WHA33.3 que tous les peuples du monde étaient désormais libérés de la variole, la Trente-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé, par sa résolution WHA34.13, a apporté au Règlement sanitaire international les amendements nécessaires pour que la variole ne figure plus au nombre des maladies soumises à ce Règlement.

Le dernier cas de variole endémique s'est produit en octobre 1977 et, depuis lors, l'OMS poursuit un actif programme de surveillance et tient un registre international des rumeurs de variole. Au cours des trois dernières années, 155 rapports faisant état de cas suspects sont parvenus à l'OMS en provenance de 55 pays(1) mais les enquêtes n'ont révélé parmi eux aucun cas <<naturel>> de variole.

À l'exception du Tchad, tous les pays ont avisé l'OMS qu'ils n'exigent plus d'aucun voyageur la présentation d'un certificat de vaccination antivariolique. Cependant, l'Organisation apprend de temps à autre que des certificats sont encore demandés, la plupart du temps par des ambassades ou des consulats appelés à délivrer des visas. Dans certains cas, il s'agit d'une simple erreur administrative due au fait que les formules de demande de visa comportant une référence à la variole n'ont pas été retirées ou modifiées. Une autre difficulté tient au fait que les ambassades et consulats reçoivent leurs instructions du ministère des affaires étrangères et que la décision des administrations sanitaires nationales de ne plus exiger de certificat n'est pas encore parvenue aux fonctionnaires qui remettent la formule de demande de visa aux voyageurs.

Il arrive parfois qu'à l'entrée dans un pays, des membres subalternes du personnel paramédical demandent aux voyageurs des certificats de vaccination antivariolique contrairement à la décision officiellement prise par l'administration sanitaire nationale.

Enfin, certaines agences de voyages font l'erreur de conseiller à leurs clients de se faire vacciner contre la variole, les unes par ignorance, les autres parce que leurs clients se sont plaints qu'un certificat ait été exigé d'eux à l'arrivée dans tel ou tel pays.

The collaboration of national health administrations in withdrawing the requirement of smallpox vaccination certificates has been very positive and their further assistance to ensure that none of the deficiencies referred to above are existing in any country would be greatly appreciated. As an additional measure, it is requested that any instance of a smallpox vaccination certificate being asked from any traveller be reported to WHO. To enable an effective investigation of these reports, they should be prompt and give details of date, time and manner of arrival and if possible the name of the national official requiring the certificate.

#### References:

- WHO Weekly Epidemiological Record 1981;56:61.

**SOURCE:** WHO Weekly Epidemiological Record, Vol 56, No 39, 1981.

La collaboration des administrations sanitaires nationales aux mesures concernant la suppression des certificats de vaccination antivariolique a été très positive, et le concours qu'elles pourront prêter pour faire ensuite qu'aucune des lacunes susmentionnées ne persiste dans un pays quelconque serait très apprécié. À titre de mesure complémentaire, il est demandé que, chaque fois qu'un certificat de vaccination antivariolique est demandé à un voyageur, un rapport soit adressé à l'OMS. Afin que ces rapports puissent faire l'objet d'une enquête efficace, il est indispensable qu'ils soient envoyés rapidement et qu'ils donnent des précisions sur la date et l'heure d'arrivée, sur le mode de transport et, si possible, sur l'identité du fonctionnaire national ayant demandé le certificat.

#### Référence:

- Relevé épidémiologique hebdomadaire de l'OMS 1981;56:61.

**SOURCE:** Relevé épidémiologique hebdomadaire de l'OMS, Vol 56, no 39, 1981.

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

Cumulative totals to October 3, 1981

Totaux cumulatifs jusqu'au 3 octobre 1981

Disease/Maladie	Canada	Nfld./T.-N.	P.E.I./I.-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/ Amibiasse 006	Notifications	773	-	-	-	13	687	8	10	6	49	-	-
	Lab./Labo. Identification	410	3	-	5	2	-	..	135	1	264	-	-
Brucellosis/ Brucellose 023	Notifications	21	-	-	-	1	2	2	-	11	1	-	4
	Lab./Labo. Identification	28	-	-	-	-	..	22	-	5	1	-	-
Giardiasis/ Giardiase 007.1	Notifications	2311	-	-	-	-	2	2189	-	34	-	86	-
	Lab./Labo. Identification	866	50	4	66	46	-	..	351	8	341	-	-
Malaria/ Paludisme 084	Notifications	404	-	-	2	-	24	139	20	4	16	199	-
	Lab./Labo. Identification	24	1	-	-	-	..	22	-	-	1	-	-
Psittacosis/ Psittacoze 073	Notifications	10	-	-	-	-	-	1	1	-	8	-	-
	Lab./Labo. Identification	4	-	-	-	-	-	..	-	-	4	-	-
Tetanus/ Tétanos 037	Notifications	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-
	Lab./Labo. Identification	-	-	-	-	-	-	..	-	-	-	-	-
Tularemia/ Tularémie 021	Notifications	55	-	-	-	-	46	7	-	1	-	-	1
	Lab./Labo. Identification	2	-	-	-	-	-	..	2	-	-	-	-

**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.

It should also be remembered that for conditions such as amoebiasis, brucellosis and giardiasis, positive laboratory identifications may represent the carrier state or asymptomatic infections, NOT clinically apparent disease; therefore, notification of cases is not likely to occur in such instances./

Il faudrait également se rappeler que pour des maladies comme l'amibiase, la brucellose et la giardiase, les identifications en laboratoire positives peuvent représenter l'état de porteur ou des infections asymptomatiques, soit une maladie qui n'est pas cliniquement apparente; dans ces circonstances, il est par conséquent peu probable que la notification des cas ait lieu.

- 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: Eleanor Paulson

Bureau of Epidemiology,  
Laboratory Centre for Disease Control,  
Tunney's Pasture,  
OTTAWA, Ontario,  
Canada, K1A 0L2  
(613) 996-4041

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: Eleanor Paulson

Bureau d'épidémiologie  
Laboratoire de lutte contre la maladie  
Parc Tunney  
Ottawa (Ontario)  
Canada K1A 0L2  
(613) 996-4041