



Canada Diseases Weekly Report

ISSN 0382-232X

Rapport hebdomadaire des maladies au Canada

Date of publication: December 18, 1982 Vol. 8-51
Date de publication: 18 décembre 1982

CONTAINED IN THIS ISSUE:

Influenza Surveillance	253
Toxic-Shock Syndrome (TSS) - Quebec	253
Dengue Fever Surveillance - Mexico	256

CONTENU DU PRÉSENT NUMÉRO:

Surveillance de la grippe	253
Syndrome de choc toxique - Québec	253
Surveillance de la dengue - Mexique	256

INFLUENZA SURVEILLANCE

To date, worldwide influenza activity has been at a low level.

Canada: British Columbia is experiencing scattered outbreaks of influenza involving all age groups. The rate of absenteeism in some schools is as high as 20%. The Provincial Laboratory has reported 10 isolates of A/Bangkok (H3N2) influenza virus, and 7 seroconversions.

Influenza-like illness has also been reported from the Calgary area in Alberta. Three (3) isolates and 3 seroconversions of A/Bangkok (H3N2) have been reported.

Two (2) isolates of A/Bangkok-like virus have been made in Saskatchewan and 1 in Manitoba.

Ontario has reported 3 isolates and 3 seroconversions of influenza A from sporadic cases.

United States: Isolations of H3N2 influenza virus have been reported from Alaska, New York City, Oregon, Virginia, Pennsylvania, Tennessee, Washington, and upstate New York. Alaska has widespread outbreaks; 33 isolates of H3N2 have now been identified. Isolates from other locations have been associated with sporadic cases rather than outbreaks.

SOURCE: GD Kettys, MD, Provincial Laboratory, RG Mathias, MD, Epidemiologist, Vancouver, British Columbia; JR Waters, MD, Director, Communicable Disease Control and Epidemiology, Edmonton, Alberta; Provincial Laboratory, Regina, Saskatchewan; Cadham Provincial Laboratory, Winnipeg, Manitoba; E Wallace, MB, ChB, Field Epidemiologist, LCDC, Toronto, Ontario; Morbidity and Mortality Weekly Report, Vol 31, No 48, 1982.

TOXIC-SHOCK SYNDROME (TSS) - QUEBEC

The following documents 3 cases of TSS seen during the past year at Sacré-Coeur Hospital in Montreal.

Case 1: On 6 December 1981, a previously healthy 16-year-old student presented at the hospital with fever and diarrhea. Three (3) days prior to admission she had awakened with diffuse headache, nausea (without vomiting), and abdominal cramps. The day before admission she had had a fever with chills, anorexia, tearing, and sore throat. She had also vomited 7 times (a yellowish vomitus), and had passed 2 liquid brown stools. She also complained of pain in her ankles, knees and elbows. Her medical and surgical history was unremarkable, and she had not travelled recently outside of Quebec. She was on

SURVEILLANCE DE LA GRIPPE

Jusqu'à présent, le niveau d'activité de la grippe à l'échelon mondial a été assez faible.

Canada: La Colombie-Britannique connaît actuellement des poussées de grippe dispersées, touchant tous les groupes d'âge. Dans certaines écoles, le taux d'absentéisme atteint 20%. Le Laboratoire provincial a signalé 10 isolats du virus de la grippe A/Bangkok (H3N2), et 7 séroconversions.

La région de Calgary en Alberta a également signalé des cas de maladie d'allure grippale, et a déclaré 3 isolats et 3 séroconversions du virus A/Bangkok (H3N2).

On a effectué 2 isolats de virus ressemblant à A/Bangkok en Saskatchewan et 1 au Manitoba.

L'Ontario a déclaré 3 isolats et 3 séroconversions du virus de la grippe A provenant de cas sporadiques.

États-Unis: Des virus de la grippe H3N2 ont été isolés en Alaska, à New York, dans l'Orégon, en Virginie, en Pennsylvanie, au Tennessee, dans l'état de Washington et dans le nord de l'état de New York. L'Alaska connaît des poussées assez étendues; 33 isolats de H3N2 ont été identifiés jusqu'à présent. Des isolats provenant d'autres endroits ont été reliés à des cas sporadiques plutôt qu'à des poussées.

SOURCE: Dr GD Kettys, Laboratoire provincial, Dr RG Mathias, Épidémiologiste, Vancouver, Colombie-Britannique; Dr JR Waters, Directeur, Service de lutte contre les maladies transmissibles et épidémiologie, Edmonton, Alberta; Laboratoire provincial, Regina, Saskatchewan; Laboratoire provincial Cadham, Winnipeg, Manitoba; E Wallace, MB, ChB, Épidémiologiste régional, LLCC, Toronto, Ontario; Morbidity and Mortality Weekly Report, Vol 31, no 48, 1982.

SYNDROME DE CHOC TOXIQUE - QUÉBEC

L'exposé suivant fournit des informations sur 3 cas de syndrome de choc toxique observés au cours de l'année dernière à l'hôpital du Sacré-Coeur de Montréal.

Cas n° 1: Le 6 décembre 1981, une étudiante de 16 ans, jusque-là en bonne santé, se présente à l'hôpital. Elle se plaint de fièvre et de diarrhée. Trois (3) jours avant, elle s'est réveillée avec une céphalée diffuse accompagnée de nausées (sans vomissements) et de crampes abdominales. La veille de son admission, elle se plaint de fièvre avec frissons, d'anorexie, de larmoiement et de mal de gorge. De plus, elle vomit 7 fois (un vomissement jaunâtre) et passe 2 selles brunes liquides. Elle ressent aussi des douleurs aux chevilles, aux genoux et aux coudes. Ses antécédents médico-chirurgicaux ne présentent aucune particularité; elle ne s'est pas



the fourth day of a normal menstrual period when admitted to hospital and was using regular Tampax® which she changed frequently. She was on no medication and used no contraceptive method.

The patient was confused and irritable, and appeared very ill when examined. Oral temperature was 40.5°C, BP 70/50, pulse 130/min, and respiration 20/min. Urinalysis indicated more than 25 WBC/ μ L and 2 to 5 granular cells per field. Examination of head and neck revealed considerable bilateral, conjunctival, non-purulent hyperemia, a "strawberry tongue", and a hyperemic oropharynx. Cervical and supraclavicular glands were enlarged, painful and movable. Chest X-ray, pulmonary and cardiac auscultation revealed no abnormality. There was slight bilateral axillary and inguinal adenopathy. Diffuse abdominal pain was present. The vaginal mucosa was extremely congested and thick yellowish secretions were evident on the cervix and in the upper vagina. Her muscles were sensitive to palpation and her elbows, knees and ankles were painful; however, there was no edema or effusion. The skin was generally hyperemic, and palmar and plantar surfaces were extremely erythematous.

A tentative diagnosis of TSS was made and the patient admitted to intensive care where vigorous treatment of the hypotension and administration of 200 mg/kg/24hr of cloxacillin were initiated. Laboratory findings were as follows: BUN 28 mg/dL, creatinine 2.6 mg/dL, calcium 6.7 mg/dL, total protein 4.6 g/dL, albumin 2.6 g/dL, SGOT normal, CPK 299 U/L (rising to a maximum of 1080 2 days later), 4700 WBC/mm³ (46% polymorphonuclear neutrophils, 40% stab cells), Hgb 11.8 g/dL, Hct 33.3%, and platelets 74 000/mm³. The WBC and RBC counts dropped during the next few days with the lowest figures being recorded on the third day after admission (1700 WBC/mm³ and Hgb 10.2 g/dL). Four (4) days after admission the platelet count was lowest at 49 000/mm³. A bone marrow examination at that time indicated a medullary hyperplasia with shift to the left of the myeloid and erythroid lines without hiatus maturation. No hemorrhagic syndrome was present. All of the anomalies resolved themselves within 5 days, with the exception of the anemia which took 1 month.

Nasal, cervical and vaginal cultures were positive for *Staphylococcus aureus*. All strains belonged to phage type 29/52/82. Blood cultures were negative. Two (2) different sera both yielded an antistreptolysin O titre of 125 Todd units. There was no serological evidence of infection due to measles, rubella, cytomegalovirus, leptospirosis or Rocky Mountain spotted fever.

The patient improved rapidly after treatment commenced. She became afebrile 4 days after admission and was released after 9 days. Three (3) weeks after the onset of symptoms she experienced considerable desquamation of the palmar and plantar surfaces. She has menstruated several times since her release without any recurrence of the disease.

This appears to be the first description of pancytopenia associated with TSS.

Case 2: On 18 December, 1981, a 28-year-old housewife was admitted to hospital with fever and cutaneous erythema. Five (5) days before admission she had complained of generalized headache and sore throat. She had noticed a reddening of the skin on her face, trunk and limbs, including the palmar and plantar surfaces. The next day she complained of leg myalgia; her evening temperature at that time was 41°C. Three (3) days prior to admission she experienced nausea and vomiting but no diarrhea, and continued to be febrile and oliguric. The day preceding

absentée du Québec récemment. Lors de son admission, elle est au quatrième jour d'une période menstruelle normale et utilise des tampons Tampax® ordinaires qu'elle change régulièrement. Elle ne prend aucun médicament et n'a recours à aucune forme de contraception.

On constate que la malade a les idées confuses, qu'elle est irritable et qu'elle semble très mal en point. La température buccale est de 40,5°C; la tension artérielle, 70/50; le pouls, 130/mn et la fréquence respiratoire, 20/mn. L'examen des urines révèle plus de 25 L./ μ L et de 2 à 5 cellules granulaires par champ. Quant à l'examen de la tête et du cou, il révèle une grave hyperémie conjonctivale bilatérale non purulente; on constate aussi que la langue est framboisée et l'oropharynx, congestionné. Les ganglions cervicaux et sus-claviculaires sont engorgés, douloureux et mobiles. La radiographie thoracique, ainsi que l'auscultation pulmonaire et cardiaque ne révèlent aucune anomalie. On observe de légères adénopathies axillaires bilatérales et inguinales. La malade ressent des douleurs abdominales diffuses. La muqueuse vaginale est très congestionnée et d'épaisses sécrétions jaunâtres recouvrent le col et la paroi postérieure du vagin. Les muscles sont sensibles à la palpation; les coudes, les genoux et les chevilles sont douloureux, mais on n'observe ni œdème, ni épanchement. On constate une hyperémie cutanée diffuse, ainsi que de nombreux érythèmes palmaires et plantaires.

On diagnostique provisoirement un syndrome de choc toxique et la malade est admise aux soins intensifs où l'on entreprend un traitement vigoureux contre l'hypotension, tout en administrant 200 mg/kg/24h de chloxacilline. Les résultats des épreuves de laboratoire sont les suivants: azote uréique du sang, 28 mg/dL; créatinine, 2,6 mg/dL; calcium, 6,7 mg/dL; protéines totales, 4,6 g/dL; albumine, 2,6 g/dL; SGOT, normal; CPK, 299 U/L (atteignant un maximum de 1080, 2 jours plus tard); 4700 L./mm³ (46% de granulocytes neutrophiles et 40% de polynucléaires non segmentés); hémoglobine, 11,8 g/dL; hématocrite, 33,3% et numération plaquettaire, 74 000/mm³. Au cours des jours suivants, on observe une baisse des numérasions leucocytaire et érythrocytaire; les nombres les plus bas sont enregistrés 3 jours après l'admission (1700 L./mm³; hémoglobine, 10,2 g/dL). Le quatrième jour d'hospitalisation, la numération plaquettaire est à son plus bas niveau, soit 49 000/mm³. On procède à un examen de la moelle osseuse qui permet de constater une hyperplasie médullaire avec déviation à gauche des lignées myéloïde et érythrocytaire sans hiatus de maturation. On n'observe aucun syndrome hémorragique. En 5 jours, toutes ces anomalies disparaissent d'elles-mêmes, sauf l'anémie qui dure 1 mois.

Les cultures bactériennes des narines, du col utérin et du vagin se révèlent positives à l'égard de *Staphylococcus aureus*. Toutes les souches appartiennent au lysotype 29/52/82. Les hémocultures sont négatives. Sur 2 échantillons sériques distincts, le dosage des antistreptolysines O est de 125 unités Todd. Aucune donnée sérologique ne permet de conclure à une infection attribuable à la rougeole, à la rubéole, au cytomégalovirus, à la leptospirose ou à la fièvre pourprée des montagnes Rocheuses.

Une fois le traitement amorcé, l'état de la malade s'améliore rapidement. Elle devient afebrile 4 jours après son admission et obtient son congé au bout de 9 jours. Trois (3) semaines après l'apparition des symptômes, elle constate une desquamation palmaire et plantaire importante. Depuis sa sortie de l'hôpital, elle a eu plusieurs règles, mais aucune rechute.

Il s'agirait de la première description d'un cas de pancytopenie associée au syndrome de choc toxique.

Cas n° 2: Le 18 décembre 1981, une ménagère de 28 ans souffrant de fièvre et d'érythème cutané est admise à l'hôpital. Cinq (5) jours avant, elle se plaint de céphalée diffuse et de mal de gorge. Elle remarque la rougeur de la peau de son visage, de son tronc et de ses membres, ainsi que de la paume de ses mains et de la plante de ses pieds. Le lendemain, elle se plaint de myalgie aux jambes; sa température vespérale est de 41°C. Trois (3) jours avant son admission, elle a des nausées, vomit, mais n'est pas diarrhéique; la fièvre et l'oligurie persistent. La veille de son admission, elle remarque une légère desquamation de son visage. Ses antécédents

admission she had noted a fine desquamation of the face. Her medical and surgical history was unremarkable, and she had not travelled outside of Quebec recently. Her last menstrual period had been from 10-15 December during which time she had used 6-8 super Playtex® per day. She was not using any form of birth control nor taking any medication.

Examination revealed a confused patient with a temperature of 38.5°C and a BP of 90/70. She was slightly dehydrated. The conjunctiva and oropharyngeal mucosa were hyperemic. The cervical, axillary and inguinal glands were enlarged. There was generalized skin erythema and slight desquamation of the face. The leg muscles were painful to the touch.

Laboratory results indicated the following: BUN 67 mg/dL, creatinine 1 mg/dL, calcium 7.3 mg/dL, SGOT 139 U/L, CPK 4120 U/L, total bilirubin 1.6 mg/dL, WBC 16 900/mm³ (72% polymorphonuclear neutrophils, 12% stab cells), Hgb 16.1 g/dL, Hct 45.9%, platelets 64 000/mm³ (dropping to its lowest, 35 000/mm³, the following day), and sedimentation rate 46 mm/hr. Urinalysis indicated proteinuria (++) and the presence of blood (+). A microscopic examination revealed 1-2 erythrocytes, 10 leucocytes, and 2-5 epithelial cells per field. A urine culture was negative and a chest X-ray was normal.

Rehydration was carried out and 100 mg/kg/24hr of cloxacillin administered intravenously. Rapid improvement followed and she was discharged in 5 days. Several days later there was marked desquamation of the palmar and plantar surfaces; Nikolsky's sign was present. Approximately 7 weeks later, she lost all her finger nails and a great amount of hair.

Nasal, axillary and cervical cultures showed abundant growth of *S. aureus*. The cervical strain belonged to phage type 29/52/82. Blood and throat cultures were negative. Two (2) different serum samples yielded antistreptolysin O titres of <100 Todd units. No heterophile antibodies were found. Serology for leptospirosis and Rocky Mountain spotted fever was negative. The rubella antibody titre was 1:256.

There has been no recurrence of the disease since this incident. This woman no longer uses tampons.

Case 3: A 48-year-old housewife was admitted to hospital on 14 April 1982 with diffuse erythema and fever. Three (3) days earlier she had had a sore throat followed by chills and a temperature of 38.9°C the day before admission. She noted a generalized macular erythema accompanied by pruritis and fine desquamation. The day of admission she suffered nausea and vomiting (no diarrhea or abdominal pain), and complained of painful calf muscles. She was receiving treatment for hypertension with hydrochlorothiazide and timolol maleate. At the time of admission she was 7 days past the end of a normal menstrual period (31-March-7 April). She had used regular Tampax® tampons during the latter half of this period. The patient was not using any form of birth control. A month prior to admission she had experienced the same symptoms 2 days after her period. The attending physician had prescribed trimethoprim-sulfamethoxazole for 10 consecutive days and the symptoms had disappeared before the onset of this last period. There was no history of recent travel outside of Quebec.

Examination revealed a toxic patient with a temperature of 39.3°C, a BP of 110/70, and an irregular pulse. The conjunctiva and oropharyngeal mucosa were hyperemic with no purulent discharge; the cervical glands were slightly enlarged, free and tender. There was considerable macular erythema of the trunk and limbs, and there was a fine desquamation of the palmar surfaces.

médico-chirurgicaux n'ont rien de particulier et elle ne s'est pas absenteé du Québec récemment. Lors de ses dernières règles - du 10 au 15 décembre -, elle a utilisé de 6 à 8 tampons Playtex® super-absorbants par jour. Elle n'a recours à aucune méthode contraceptive et ne prend aucun médicament.

L'examen permet de constater que la malade a les idées confuses, que sa température s'élève à 38,5°C et que sa tension artérielle est de 90/70. Elle est légèrement déshydratée. Les conjonctives et la muqueuse oropharyngée sont congestionnées. Les glandes cervicales, axillaires et inguinales sont hyperhémiées. On observe un érythème cutané généralisé et une légère desquamation du visage. Les muscles des jambes sont douloureux à la palpation.

Les résultats des épreuves de laboratoire sont les suivants: azote uréique du sang, 67 mg/dL; créatinine, 1 mg/dL; calcium, 7,3 mg/dL; SGOT, 139 U/L; CPK, 4120 U/L; bilirubine totale, 1,6 mg/dL; leucocytes, 16 900/mm³ (72% de granulocytes neutrophiles, 12% de polynucléaires non segmentés); hémoglobine, 16,1 g/dL; hématocrite, 45,9%; numération plaquettaire, 64 000/mm³ (chutant à son plus bas, soit 35 000/mm³, le lendemain et vitesse de sédimentation, 46 mm/h. L'examen des urines révèle une protéinurie (++) et la présence de sang (+). L'examen microscopique permet de dénombrer de 1 à 2 érythrocytes, 10 leucocytes et, enfin, de 2 à 5 cellules épithéliales par champ. La culture d'urine est négative et la radiographie thoracique, normale.

La patiente est réhydratée et on lui administre 100 mg/kg/24h de cloxacilline par voie intraveineuse. Son état s'améliore rapidement et elle obtient son congé au bout de 5 jours. Plusieurs jours plus tard, on observe une desquamation prononcée des faces palmaires et plantaires, ainsi que la présence du signe de Nikolsky. Environ 7 semaines s'écoulent et l'on constate que la malade perd les ongles de ses doigts une grande quantité de cheveux.

Les cultures des narines, des aisselles et du col utérin mettent en évidence une abondance de *S. aureus*. La souche provenant du col appartient au lysotype 29/52/82. Les hémocultures et la culture du prélèvement de la gorge se révèlent négatives. Le dosage des antistreptolysines O pratiqué sur 2 échantillons sériques distincts est <100 unités Todd. On ne met en évidence aucun anticorps hétérophile. Les examens sérologiques de la leptospirose et de la fièvre pourprée des montagnes Rocheuses se révèlent négatifs. Le titre des anticorps de la rubéole est 1:256.

Depuis cet incident, le sujet n'a fait aucune rechute et n'utilise plus de tampons hygiéniques.

Cas n° 3: Le 14 avril 1982, une ménagère de 48 ans présentant un érythème diffus et de la fièvre est admise à l'hôpital. Trois (3) jours plus tôt, elle a eu un mal de gorge suivi de frissons et d'une fièvre de 38,9°C le jour précédent son admission. Elle remarque un érythème maculaire généralisé accompagné de prurit et d'une légère desquamation. Le jour de son admission, elle a des nausées et des vomissements (mais ni diarrhées ni douleurs abdominales); elle se plaint aussi de douleurs aux mollets. À cette époque, elle était traitée pour hypertension avec de l'hydrochlorothiazide et du maléate de timolol. À son entrée à l'hôpital, cela fait 7 jours qu'elle a terminé des règles normales (du 31 mars au 7 avril). Elle a utilisé des Tampax® ordinaires pendant la seconde moitié de cette menstruation. La malade n'a recours à aucune méthode contraceptive. Un mois avant d'être admise à l'hôpital, elle a ressentit les mêmes symptômes 2 jours après la fin de ses règles. Le médecin lui avait prescrit du triméthoprime-sulfaméthoxazole, à prendre pendant 10 jours consécutifs. Les symptômes avaient disparu avant le début de ses dernières règles. La malade n'a fait aucun voyage récent hors du Québec.

L'examen révèle une malade en état toxique dont la température s'élève à 39,3°C; sa tension artérielle est 110/70 et son pouls, irrégulier. Les conjonctives et la muqueuse oropharyngée sont congestionnées, mais on n'observe aucune sécrétion purulente; on constate la présence de petites adénopathies cervicales libres et sensibles. La malade présente un important érythème maculaire au tronc et aux membres, ainsi qu'une légère desquamation des paumes.

On admission laboratory findings were as follows: serum potassium 3 mEq/L, sodium 134 mEq/L, calcium 7.8 mg/dL, phosphorus 2.2 mg/dL, BUN 13 mg/dL, creatinine 1 mg/dL, SGOT 129 U/L, SGPT 170 U/L, CPK 43 U/L, SLDH 207 U/L, total bilirubin 1.7 mg/dL, and alkaline phosphatase 370 U/L. Hematology was as follows: WBC 13 000/mm³ (84% polymorphonuclear neutrophils, 9% stab cells), Hgb 13.8 g/dL, Hct 40.1%, platelets 356 000/mm³, and sedimentation rate 57mm/hr. Urinalysis and chest X-ray were normal; an electrocardiogram revealed ventricular extrasystoles.

The patient was admitted to intensive care for treatment of the arrhythmia. Because the principal diagnosis was recurrence of TSS, she was given 100 mg/kg/24hr of cloxacillin intravenously. Throat, nasal, axillary, cervical, and vaginal cultures yielded no *S. aureus*. Two (2) different sera both gave an antistreptolysin O titre of <100 Todd units. Serology for measles, leptospirosis and Rocky Mountain spotted fever infection was negative. The rubella antibody titre was 1:32.

The patient's general condition improved with treatment; she became afebrile after 3 days. The ventricular extrasystoles disappeared rapidly once the hypokalemia was corrected. Approximately 14 days after the initial symptoms, there was marked desquamation of the palmar and plantar surfaces; the Nikolsky sign was present.

The patient has not had any recurrence of the disease since discharge.

Acknowledgement: All of the strains of *S. aureus* were typed at the Laboratory Centre for Disease Control, Ottawa.

SOURCE: Y Girouard, MD, G Albert, MD, Sacré-Coeur Hospital, Montreal, Quebec.

Editorial Comment: The total number of TSS cases reported to date to the Laboratory Centre for Disease Control is 69. Thirty-one (31) have met the diagnostic criteria established by CDC, Atlanta, and are referred to as confirmed cases. The remaining cases lack 1 or more of the clinical symptoms, and are referred to as "possible", "suspect" or "unconfirmed" cases.

International Notes

DENGUE FEVER SURVEILLANCE - MEXICO

An outbreak of dengue type 1 was reported in September 1982 in the Michoacan State on the West Coast. The illness was mild, without complications and deaths. Outbreaks associated with dengue virus type 1 last occurred in 1979-1980 in several parts of the country.

SOURCE: WHO Weekly Epidemiological Record, Vol 57, No 41, 1982.

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 (in the official language of your choice) from anyone working in the health field and will not preclude publication elsewhere.

Editor: Dr. S.E. Acres
Managing Editor: Eleanor Paulson
Assistant Editor: Jo-Anne Doherty

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

Les résultats des épreuves de laboratoire effectuées lors de l'admission sont les suivantes: kaliémie, 3 mEq/L; natrémie, 134 mEq/L; calcémie, 7,8 mg/dL; phosphorémie, 2,2 mg/dL; azote uréique du sang, 13 mg/dL; créatinine, 1 mg/dL; SGOT, 129 U/L; SGPT, 170 U/L; CPK, 43 U/L; déshydrogénase lactique, 207 U/L; bilirubine totale, 1,7 mg/dL et phosphatase alcaline, 370 U/L. Les résultats d'hématologie se présentent ainsi: numération leucocytaire, 13 000/mm³ (84% de granulocytes neutrophiles et 9% de polynucléaires non segmentés); hémoglobine, 13,8 g/dL; hématocrite, 40,1%; numération plaquettaire, 356 000/mm³ et vitesse de sédimentation, 57 mm/h. L'analyse des urines et la radiographie thoracique ne révèlent rien d'anormal, tandis que l'électrocardiogramme met en évidence des extrasystoles ventriculaires.

La malade est admise aux soins intensifs où on la traite pour arythmie. Comme le diagnostic le plus important est: récurrence du syndrome du choc toxique, elle reçoit 100 mg/kg/24h de cloxacilline par intraveineuse. Les cultures de prélèvements de la gorge, des narines, des aisselles, du col utérin et du vagin se révèlent négatives à l'égard de *S. aureus*. Le dosage des antistreptolysines O pratiqué sur 2 échantillons sériques distincts est <100 unités Todd. Les examens sérologiques de la rougeole, de la leptospirose et de la fièvre pourprée des montagnes Rocheuses se révèlent négatifs. Le titre des anticorps de la rubéole est 1:32.

Avec le traitement, l'état de la malade s'améliore; elle est afébrile au bout de 3 jours. Une fois l'hypokaliémie réglée, les extrasystoles ventriculaires disparaissent rapidement. Environ 14 jours après l'apparition des symptômes, on observe une desquamation prononcée des faces palmaires et plantaires, ainsi que la présence du signe de Nikolsky.

Depuis sa sortie de l'hôpital, le sujet n'a fait aucune rechute.

Remerciements: La lysotipie des souches de *S. aureus* a été pratiquée au Laboratoire de lutte contre la maladie à Ottawa.

SOURCE: Drs Y Girouard et G Albert, Hôpital du Sacré-Coeur, Montréal, Québec.

Note de la rédaction: Jusqu'à aujourd'hui, on a signalé 69 cas de syndrome de choc toxique au Laboratoire de lutte contre la maladie. En tout, 31 de ces cas obéissent aux critères diagnostiques établis par les CDC d'Atlanta et sont cités comme cas confirmés. On n'a pu observer au moins 1 des symptômes cliniques chez les autres cas; on les considère donc comme des cas "possibles", "présumés" ou "non confirmés".

Notes internationales

SURVEILLANCE DE LA DENGUE - MEXIQUE

Une poussée de dengue due au virus type 1 a été signalée en septembre 1982 dans l'État de Michoacan, sur la côte occidentale. Il s'agissait d'une poussée bénigne, sans complications ni décès. Des poussées associées au virus de la dengue type 1 se sont produites en 1979-1980 dans plusieurs régions du Mexique.

SOURCE: Relevé épidémiologique hebdomadaire de l'OMS, Vol 57, no 41, 1982.

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 (dans la langue officielle de son choix) 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
Rédacteur adjoint: Jo-Anne Doherty

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