



# Canada Diseases

## Weekly Report

ISSN 0382-232X

# Rapport hebdomadaire des maladies au Canada

Date of publication: January 22, 1983

Date de publication: 22 janvier 1983

Q3M1983  
C 2  
FEB 21 1983

Vol. 9-4

### CONTAINED IN THIS ISSUE:

Acquired (or Congenital) Immune Deficiency Syndrome (AIDS) in Infants Born of Haitian Mothers - Quebec .....	13
Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) - Canada .....	14
Unexplained Immunodeficiency and Opportunistic Infections in Infants - United States.....	15
Gays and Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS): A Bibliography .....	16

### CONTENU DU PRÉSENT NUMÉRO:

Syndrome de déficit immunitaire acquis (SDIA) (ou congénital) chez des nourrissons nés de mères haïtiennes - Québec .....	13
Syndrome de déficit immunitaire acquis (SDIA) - Canada .....	14
Cas de déficit immunitaire et d'infections opportunistes inexplicables chez des jeunes enfants - États-Unis .....	15
Gays and Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS): Une bibliographie .....	16

### ACQUIRED (OR CONGENITAL) IMMUNE DEFICIENCY SYNDROME (AIDS) IN INFANTS BORN OF HAITIAN MOTHERS - QUEBEC

AIDS is a recently described entity observed in certain groups such as homosexuals, drug abusers, hemophiliacs, and Haitian immigrants who are at increased risk for AIDS<sup>(1,2)</sup>. Its occurrence in these groups suggests that an agent (or agents) transmitted sexually or by blood components may be important in the etiology of this syndrome. The recent report of AIDS in an infant who received a platelet transfusion derived from the blood of a male donor subsequently found to have AIDS strengthens the possibility of infectious agent(s) transmissible by blood or blood products in the etiology of AIDS<sup>(3)</sup>. AIDS has been observed in Haitian infants very recently in the United States<sup>(4)</sup>. The occurrence of typical or incomplete AIDS in infants born of Haitian mothers was also recently seen in the Sainte-Justine Hospital in Montreal.

A female infant, born 14 June 1981 from a Haitian mother, developed on the third week of life, fever, otitis media, hepatosplenomegaly and anemia (9 mg/dL). The mother was found to have lymphoma 4 days after delivery and was treated. She subsequently developed miliary tuberculosis and died 6 weeks after delivery. Undifferentiated lymphoma and miliary tuberculosis were confirmed at postmortem. The infant was seen again at the age of 3 months with extensive oral and pharyngeal candidiasis, persistent hepatosplenomegaly and cough but no fever. Laboratory analysis indicated the following: Hgb 9.5 mg/dL, WBC 7500/mm<sup>3</sup> (53% lymphocytes, 22% polymorphonuclear neutrophils, 15% bands, 10% monocytes), transaminases slightly elevated, IgG 112 mg%, and IgM 29 mg%. The nitroblue tetrazolium (NBT) test was normal as well as serum complement. A chest X-ray showed signs of bronchiolitis. She was discharged after 2 weeks but was readmitted at the age of 4 months with persistent candidiasis, progressive hepatosplenomegaly and lymphadenopathy. She had fever and diarrhea. Blood, CSF, urine, and stool cultures were negative for bacteria but the stool and throat cultures were positive for *Candida*. Cytomegalovirus (CMV) was isolated from a urine specimen taken 29 October and from a throat swab and another urine taken 18 December 1981. Epstein-Barr virus (EBV) infection was documented by an EBV-VCA (viral capsid antigen) titre of 80 to 160 on 28

### SYNDROME DE DÉFICIT IMMUNITAIRE ACQUIS (SDIA) (OU CONGÉNAL) CHEZ DES NOURRISSONS NÉS DE MÈRES HAÏTIENNES - QUÉBEC

Le SDIA est une entité que l'on a récemment décrite et qui se manifeste chez certains groupes exposés à des risques accrus<sup>(1,2)</sup>, notamment les homosexuels, les toxicomanes, les hémophiles et les immigrants haïtiens. Le fait que ces groupes soient touchés laisse supposer qu'un ou plusieurs agents, transmis sexuellement ou par les composés sanguins, jouent un rôle important dans l'étiologie de ce syndrome. Le récent rapport sur un cas de SDIA chez un nouveau-né qui avait reçu une transfusion de plaquettes provenant du sang d'un donneur de sexe masculin chez qui l'on avait, par la suite, diagnostiqué le SDIA souligne cette possibilité<sup>(3)</sup>. Aux États-Unis, des cas de SDIA ont dernièrement été observés chez des nourrissons haïtiens<sup>(4)</sup>. Récemment, on a aussi constaté, à l'hôpital Sainte-Justine de Montréal, des cas de SDIA typique ou incomplet chez des nourrissons nés de mères haïtiennes.

Chez une fillette née le 14 juin 1981 d'une mère haïtienne, la fièvre, une otite moyenne, une hépato-splénomégalie et l'anémie (9 mg/dL) se manifestent au cours de la troisième semaine de vie. Quatre (4) jours après l'accouchement, on avait constaté que la mère était atteinte d'un hématosarcome et on avait commencé à la traiter. Elle contracte par la suite une tuberculose miliaire et meurt 6 semaines après avoir accouché. L'autopsie confirme la présence d'un hématosarcome indifférencié et de tuberculose miliaire. À l'âge de 3 mois, la fillette est examinée de nouveau; on constate qu'elle souffre d'une grave candidose de la bouche et du pharynx, d'une hépato-splénomégalie persistente et de toux, mais on n'observe aucune fièvre. Les résultats des analyses de laboratoire sont les suivants: hémoglobine, 9,5 mg/dL; leucocytes, 7500/mm<sup>3</sup> (53% de lymphocytes, 22% de polynucléaires neutrophiles, 15% de bandes et 10% de monocytes); transaminases, légèrement élevées; IgG, 112 mg% et IgM, 29 mg%. Les résultats du test de réduction du nitrobleu de tétrazolium (NBT) et le taux du complément sérique sont normaux. Une radiographie thoracique permet de déceler des signes de bronchiolite. Au bout de 2 semaines, la fillette obtient son congé, mais elle est réadmise à 4 mois en raison de candidose persistante, d'hépato-splénomégalie évolutive et d'adénopathie. Elle est fiévreuse et diarrhéique. Les cultures pratiquées sur le sang, le liquide céphalo-rachidien, l'urine et les selles ne permettent de mettre en évidence aucune bactérie; les



October and 18 December 1981 with a positive VCA-IgM test and by negative Epstein-Barr nuclear antibody (EBNA) tests on the same sera. CMV antibodies could not be detected. IgM dropped to less than 10 mg%, IgA was normal and IgG varied between 74 and 163 mg%. The lymphocyte count decreased to 4% of a total 5000 WBC/mm<sup>3</sup> and T-cells fell to 28 and 16%. The infant died with progressive pneumonia and pericardial effusion which failed to respond to various antibiotics including antituberculous drugs and trimethoprim/sulfamethoxazole. Autopsy revealed generalized CMV infection and *Pneumocystis carinii* pneumonia. CMV was isolated from liver and lung. Two (2) other Haitian infants with presumed AIDS are still living. These observations may shed new light on a subset of severe combined immunodeficiency diseases of possible infectious etiology.

#### References:

1. MMWR 1982;31:507-8, 513-4.
2. CDWR 1982;8:197-9.
3. MMWR 1982;31:652-4.
4. MMWR 1982;31:665-7.

**SOURCE:** JH Joncas, MD, PhD, G Delage, MD, MSc, Z Chad, MD, N Lapointe, MD, Department of Microbiology and Immunology, University of Montreal and Pediatric Research Centre, Sainte-Justine Hospital, Montreal, Quebec.

#### Update

#### ACQUIRED IMMUNE DEFICIENCY SYNDROME (AIDS) - CANADA

The Laboratory Centre for Disease Control has received 21 reports of AIDS cases in Canada since February 1982. The case reported above is the first one involving an infant (diagnosis was made retrospectively). Seventeen (17) of the 21 cases have shown evidence of either Kaposi's sarcoma, *Pneumocystis carinii* or other opportunistic infections and 2 can be included in the broad spectrum of manifestations described in the CDC's case definition(1). These 2 cases (a heterosexual hemophiliac and an unmarried male homosexual) showed only laboratory evidence of decreased cell-mediated immunity. The 2 remaining cases provided histories of male homosexuality (1 of the risk factors associated with AIDS) but had final diagnoses of lymphoma, a condition frequently associated with decreased cell-mediated immunity.

Mortality has been high among these cases. Fourteen (14) of the 21 had died by the time their reports had been received at LCDC. One (1) lymphoma case has since died. No deaths have been reported in those showing only laboratory evidence of decreased cell-mediated immunity.

The report of Tsoukas et al(2) indicates that hemophiliacs, if examined by current laboratory techniques, may show at least periodic or intermittent evidence of decreased cell-mediated immunity, and anergy of undetermined duration, without demonstrating the complete clinical syndrome. More recently, however, the United States has reported 5 cases (4 confirmed and 1 highly suspect) of AIDS among hemophilia A patients(3). Four (4) were severe hemophiliacs, and all 5 were very lymphopenic. Two (2) have responded to specific therapy for opportunistic infection, but their T-cell abnormalities have persisted. Two (2) of the 5 have died.

coprocultures et les prélèvements de la gorge se révèlent toutefois positifs à l'égard de *Candida*. On isole le cytomégalovirus (CMV) d'un échantillon d'urine recueilli le 29 octobre, ainsi que d'un prélèvement de la gorge, effectué par écouvillonnage, et d'un nouvel échantillon d'urine pris le 18 décembre 1981. Une infection à virus Epstein-Barr (EBV) est identifiée le 28 octobre par un titre EBV-VCA (antigène de la capsid virale) de 80 à 160 et, le 18 décembre 1981, par une réaction VCA-IgM positive et par les résultats négatifs de la recherche de l'anticorps nucléaire Epstein-Barr pratiquée sur les mêmes échantillons sériques. On ne peut déceler aucun anticorps à l'égard du CMV. Le taux des IgM tombe à moins de 10 mg%, celui des IgA est normal et celui des IgG varie entre 74 et 163 mg%. Sur un total de 5000 leucocytes/mm<sup>3</sup>, les lymphocytes ne comptent plus que pour 4%; le pourcentage des lymphocytes T tombe à 28, puis à 16. La fillette meurt d'une pneumonie évolutive et d'un épanchement péricardique qui n'ont pas répondu à divers antibiotiques, notamment des antituberculeux et du triméthoprime/sulfaméthoxazole. L'autopsie révèle une infection à CMV disséminée et une pneumonie attribuable à *Pneumocystis carinii*. On isole le CMV du foie et des poumons. Deux (2) autres nourrissons haïtiens que l'on pense être atteints du SDIA sont toujours vivants. Ces observations laissent entrevoir un autre aspect d'un sous-ensemble de graves affections de déficit immunitaire combinées qui pourraient être infectieuses.

#### Références:

1. MMWR 1982;31:507-8, 513-4.
2. RHMC 1982;8:197-9.
3. MMWR 1982;31:652-4.
4. MMWR 1982;31:665-7.

**SOURCE:** Drs JH Joncas, PhD; G Delage, MSc; Z Chad et N Lapointe, Département de microbiologie et d'immunologie, Université de Montréal et Centre de recherche en pédiatrie, Hôpital Sainte-Justine, Montréal, Québec.

#### Mise à jour

#### SYNDROME DE DÉFICIT IMMUNITAIRE ACQUIS (SDIA) - CANADA

Depuis février 1982, le Laboratoire de lutte contre la maladie (LLCM) a reçu 21 rapports de cas de SDIA survenus au Canada. Le cas susmentionné est le premier concernant un nourrisson (le diagnostic a été établi rétrospectivement). Dix-sept (17) des 21 cas présentent des signes de sarcome de Kaposi, de pneumonie attribuable à *Pneumocystis carinii* ou d'autres infections opportunistes; 2 peuvent être inclus dans le vaste spectre des manifestations décrites dans la définition de cas des CDC(1). Dans ces 2 cas (un hémophile héterosexuel et un homosexuel célibataire), seuls les résultats de laboratoire ont permis de déceler une diminution de l'immunité à médiation cellulaire. Les 2 derniers cas avaient des antécédents d'homosexualité masculine (1 des facteurs de risques associés au SDIA), mais, d'après le diagnostic final, les sujets souffraient d'un hématosarcome - maladie souvent associée à une diminution de l'immunité à médiation cellulaire.

Chez ces cas, la mortalité a été élevée. En tout, 14 des 21 sujets sont morts avant que le LLCM ne reçoive les rapports. Depuis, on a enregistré le décès d'un cas (1) d'hématosarcome. On n'a signalé aucun décès chez ceux dont la diminution de l'immunité à médiation cellulaire n'apparaît que dans les résultats de laboratoire.

D'après Tsoukas et al(2), les hémophiles, lorsqu'ils sont examinés selon les méthodes de laboratoire actuelles, peuvent présenter des signes de diminution de l'immunité à médiation cellulaire - du moins périodiquement ou par intermittence -, ainsi qu'une anergie de durée indéterminée, sans manifester le syndrome clinique complet. Plus récemment, les États-Unis ont toutefois signalé 5 cas (4 confirmés et 1 très suspect) de SDIA chez des malades atteints d'hémophilie A(3). Quatre (4) étaient hémophiles graves; tous les 5 étaient atteints de lymphopénie prononcée. Deux (2) ont répondu au traitement spécifique des infections opportunistes, mais les anomalies des lymphocytes T ont persisté. Deux (2) des 5 cas ont entraîné le décès des sujets.

## References:

1. MMWR 1982;31:508, 513.
2. CDWR 1982;8:249-50.
3. MMWR 1982;31:644-6, 652.

SOURCE: AG Jessamine, MB, ChB, Bureau of Epidemiology, LCDC, Ottawa.

## International Notes

### UNEXPLAINED IMMUNODEFICIENCY AND OPPORTUNISTIC INFECTIONS IN INFANTS - UNITED STATES

CDC has received reports of 4 infants (under 2 years of age) with unexplained immunodeficiency and opportunistic infections.

Case 1, a black/hispanic male infant born in December 1980 was well until 3 months of age when oral candidiasis was noted. At 4 months hepatosplenomegaly was observed, at 9 months growth stopped, and at 17 months the infant had progressive pulmonary infiltrates and continuing oral candidiasis which resulted in hospitalization. *Mycobacterium avium-intracellulare* was cultured from sputum and bone marrow samples. At 9 months, serum levels of IgG and IgA were normal; IgM was high-normal. T-cell studies were normal, except for impaired in-vitro responses to *Candida* antigen and alloantigen. Repeat immunologic studies done at age 20 months showed lymphopenia, decreased numbers of T-lymphocytes, and severely impaired T-cell function *in vitro*. He remains alive and is receiving therapy for his mycobacterial infection.

Cases 2 and 3 were Haitian males (cited in the first article in this issue) born in January and November 1981 respectively. Case 2 was hospitalized at 5 months. He had hepatosplenomegaly, lymphadenopathy, otitis media, and developed pulmonary infiltrates. An open lung biopsy revealed *Pneumocystis carinii*, *Cryptococcus neoformans* and cytomegalovirus. Serum IgG, IgA, and IgM concentrations were elevated. The percentage of T-lymphocytes was decreased, but T-cell response to mitogens was normal. Case 3 was healthy until 5 months of age when he was hospitalized with fever and respiratory distress. On examination, he had hepatosplenomegaly. A chest X-ray showed bilateral pulmonary infiltrates. Despite antibiotic therapy, the infant's condition deteriorated, and an open lung biopsy revealed *P. carinii* pneumonia (PCP). Immunologic studies showed elevated serum concentrations of IgG, IgA and IgM, decreased percentage of T-lymphocytes, and impaired T-cell function *in vitro*. Both infants died at 7-7 1/2 months.

Case 4, a white female born in April 1982, developed oral and vaginal candidiasis at 2 months which responded to antifungal therapy. However, at 5 months candidiasis recurred, and she had hepatosplenomegaly. Immunologic evaluation showed that serum IgG, IgA, and IgM levels, normal at 2 months, were now elevated. The percentage of T-lymphocytes was decreased, and lymphocyte response to alloantigen was impaired. At 6 months of age, the infant was hospitalized because of fever and cough. Open lung biopsy revealed PCP. Despite appropriate antibiotic therapy, she died in November 1982.

None of these 4 infants were known to have received blood or blood products before onset of illness. Their mothers were either Haitian (Cases 2 and 3) or intravenous drug abusers (Cases 1 and 4). The health status of the parents of the Haitian infants is unknown; the mother of

## Références:

1. MMWR 1982;31:508, 513.
2. RHMC 1982;8:249-50.
3. MMWR 1982;31:644-6, 652.

SOURCE: AG Jessamine, BM, BCh, Bureau d'épidémiologie, LLMC, Ottawa.

## Notes internationales

### CAS DE DÉFICIT IMMUNITAIRE ET D'INFECTIONS OPPORTUNISTES INEXPLIQUÉS CHEZ DES JEUNES ENFANTS - ÉTATS-UNIS

Les CDC ont reçu des rapports de 4 cas inexplicés de déficit immunitaire et d'infections opportunistes concernant des jeunes enfants (de moins de 2 ans).

Le cas n° 1 concerne un enfant noir de sexe masculin et d'origine hispanique né en décembre 1980. Il se porte bien jusqu'à 3 mois; on constate alors qu'il souffre d'une candidose de la bouche. À 4 mois, il manifeste une hépato-splénomégalie; à 9 mois, la croissance s'interrompt et, à 17 mois, l'enfant souffre d'infiltrats pulmonaires évolutifs et la candidose de la bouche persiste; il doit être hospitalisé. Des cultures du crachat et de la moelle osseuse permettent de mettre en évidence *Mycobacterium avium-intracellulare*. À 9 mois, les taux sériques des IgG et des IgA sont normaux; les IgM s'inscrivent dans la normale élevée. Les analyses des lymphocytes T s'avèrent normales, sauf en ce qui concerne les réponses *in vitro* insuffisantes à l'antigène *Candida* et à l'allo-antigène. Lorsque l'enfant est âgé de 20 mois, de nouvelles analyses immunologiques révèlent une lymphopénie, une diminution des lymphocytes T, ainsi qu'une insuffisance fonctionnelle prononcée des lymphocytes T démontrée *in vitro*. Le garçonnet vit toujours et est traité pour son infection mycobactérienne.

Les cas n°s 2 et 3 sont des Haïtiens (mentionnés dans le premier article du présent numéro) nés respectivement en janvier et en novembre 1981. À 5 mois, le cas n° 2 est hospitalisé. Il souffre d'hépato-splénomégalie, d'adénopathie et d'otite moyenne; de plus, il développe des infiltrats pulmonaires. Une biopsie-exérèse des poumons permet de mettre en évidence *Pneumocystis carinii*, *Cryptococcus neoformans* et le cytomégavirus. Les concentrations sériques des IgG, des IgA et des IgM sont élevées. On observe une diminution du pourcentage de lymphocytes T, mais la réponse de ces cellules aux mitogènes est normale. Quant au cas n° 3, jusqu'à ce qu'il soit hospitalisé à l'âge de 5 mois en raison de fièvre et d'insuffisance respiratoire, il se porte bien. L'examen révèle qu'il est atteint d'hépato-splénomégalie. Une radiographie thoracique permet de déceler des infiltrats pulmonaires bilatéraux. Malgré une antibiothérapie, l'état de l'enfant se détériore; une biopsie-exérèse des poumons révèle une pneumonie attribuable à *P. carinii* (PCP). Les analyses immunologiques révèlent des concentrations sériques élevées d'IgG, d'IgA et d'IgM, une diminution du pourcentage de lymphocytes T et une insuffisance fonctionnelle des lymphocytes T démontrée *in vitro*. On enregistre le décès des 2 enfants entre 7 et 7 1/2 mois.

Le cas n° 4 concerne une fillette de race blanche née en avril 1982. À 2 mois, on constate qu'elle est atteinte d'une candidose de la bouche et du vagin qui répond au traitement antifongique. Lorsque la fillette a 5 mois, on observe cependant une récurrence de la candidose et une hépato-splénomégalie. L'évaluation immunologique révèle que les taux sériques d'IgG, d'IgA et d'IgM, normaux lorsque l'enfant avait 2 mois, sont maintenant élevés. Le pourcentage des lymphocytes T est bas et la réponse lymphocytaire à l'allo-antigène est insuffisante. À 6 mois, la fillette est hospitalisée en raison de fièvre et de toux. Une biopsie-exérèse des poumons permet de déceler une PCP. Malgré une antibiothérapie appropriée, l'enfant meurt en novembre 1982.

Autant que l'on sache, aucun des 4 enfants n'avait reçu du sang ou des dérivés sanguins avant l'apparition de la maladie. Les mères étaient soit haïtiennes (cas n°s 2 et 3), soit des toxicomanes qui se piquent (cas n°s 1 et 4). On ne connaît pas l'état de santé des parents des enfants haïtiens; la mère du cas n° 1 est morte d'une

Case 1 died of PCP 11 months postpartum. The mother of Case 4 has a history of oral candidiasis and mild lymphopenia. She has had 2 other female children by different fathers; these 2 children also have unexplained cellular immunodeficiency. One died of PCP.

Six (6) additional cases in young children with opportunistic infections (5 with PCP, 1 with *M. avium-intracellulare*) and unusual cellular immunodeficiencies are under investigation. All have died. One was a half-sister of the infant in Case 4.

Physicians from New York City, New Jersey, and California have reported another 12 young children with immunodeficiencies similar to those seen in Cases 1-4 but without life-threatening opportunistic infections. One (1) is the other half-sister of the infant in Case 4. All the children are living; their ages range from 1 to 4 years. Clinical features seen in these 12 infants include: failure to thrive (83%), oral candidiasis (50%), hepatosplenomegaly (92%), generalized lymphadenopathy (92%), and chronic pneumonitis without a demonstrable infection (83%). Of the 9 mothers for whom information is available, 7 are reported to be intravenous drug abusers. None is Haitian.

**Editorial Note:** It is possible that these 4 infants had the acquired immune deficiency syndrome (AIDS). Although the mother of the infant in Case 1 was not studied immunologically, her death from PCP was probably secondary to AIDS. The mothers of the other 3 infants were from groups at increased risk for AIDS. The immunologic features described in the case reports resemble those seen both in adults with AIDS and in a child reported to have developed immunodeficiency following receipt of blood products from a patient with AIDS. If these 4 infants had AIDS, exposure to the putative "AIDS agent" must have occurred very early. Transmission of an "AIDS agent" from mother to child, either in utero or shortly after birth, could account for the early onset of immunodeficiency in these infants. The occurrence of immune deficiency in the infant in Case 4 and in her half-sister raises the possibility of an inherited disorder. However, inheritance would have to have occurred in a dominant manner, an inheritance pattern not previously described for immunodeficiency resembling that seen in these half-sisters.

**SOURCE:** *Morbidity and Mortality Weekly Report*, Vol 31, No 49, 1982.

#### Announcement

##### GAYS AND ACQUIRED IMMUNE DEFICIENCY SYNDROME (AIDS): A BIBLIOGRAPHY

This bibliography, compiled and published by the Canadian Gay Archives, is listed alphabetically by author and is complete to the beginning of November 1982.

Copies are available at \$2.00 each by contacting: Canadian Gay Archives, Box 639, Station A, TORONTO, Ontario M5W 1G2 (Tel.: (416) 977-6320).

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

PCP 11 mois après avoir accouché. Celle du cas n° 4 a des antécédents de candidose de la bouche et de lymphopénie bénigne. Elle a eu 2 autres enfants de sexe féminin et de pères différents; ces deux fillettes présentent aussi un déficit immunitaire cellulaire inexpliqué. L'une d'elles est morte d'une PCP.

Six (6) autres cas concernant des jeunes enfants atteints d'infections opportunistes (5 de PCP, 1 d'infection à *M. avium-intracellulare*) et de déficits immunitaires rares sont à l'étude. Tous ont été mortels. L'un des sujets était une demi-soeur de la fillette du cas n° 4.

Des médecins de la ville de New York, du New Jersey et de la Californie ont signalé que 12 autres jeunes enfants étaient atteints de déficits immunitaires analogues à ceux observés chez les cas 1 à 4, sans toutefois présenter des infections opportunistes mettant leur vie en danger. L'un (1) de ces enfants est l'autre demi-soeur de la fillette du cas n° 4. Tous sont vivants; leur âge varie entre 1 et 4 ans. Les manifestations cliniques observées chez eux comprennent: absence de développement pondéro-statural normal (83%), candidose de la bouche (50%), hépato-splénomégalie (92%), adénopathie disséminée (92%) et pneumonite chronique sans infection démontrable (83%). En tout, 7 des 9 mères sur qui des renseignements ont été recueillis seraient des toxicomanes qui se piquent. Aucune n'est Haïtienne.

**Note de la rédaction:** Il est possible que ces 4 enfants aient été atteints du syndrome de déficit immunitaire acquis (SDIA). Bien que la mère de l'enfant du cas n° 1 n'ait pas fait l'objet d'analyses immunologiques, la PCP qui a entraîné son décès découloit probablement du SDIA. Les mères des 3 autres enfants appartenaient à des groupes exposés à des risques accrus de contracter le SDIA. Les tableaux immunologiques des rapports de cas se rapprochent de ceux concernant à la fois des adultes atteints du syndrome et un enfant ayant développé un déficit immunitaire après avoir reçu des dérivés sanguins provenant d'un donneur souffrant du SDIA. Si les 4 enfants en question avaient le syndrome, ils ont dû être exposés très tôt au présumé "agent du SDIA". La transmission d'un "agent du SDIA" de la mère à l'enfant, soit avant soit peu après la naissance, pourrait expliquer l'apparition précoce de déficit immunitaire chez ces jeunes enfants. La manifestation d'un déficit immunitaire chez la fillette du cas n° 4 et chez sa demi-soeur évoque la possibilité d'un dérèglement héréditaire. Cependant, il aurait fallu que le mode de cette transmission héréditaire ait été dominant, caractéristique que l'on n'a encore jamais constatée dans des cas de déficit immunitaire ressemblant à ceux observés chez les demi-soeurs.

**SOURCE:** *Morbidity and Mortality Weekly Report*, Vol 31, n° 49, 1982.

#### Announce

##### GAYS AND ACQUIRED IMMUNE DEFICIENCY SYNDROME (AIDS): UNE BIBLIOGRAPHIE

Il s'agit d'une bibliographie préparée et publiée par les Canadian Gay Archives. Les auteurs y sont cités par ordre alphabétique et tous les ouvrages parus avant novembre 1982, répertoriés.

Vous pouvez vous procurer un exemplaire pour la somme de 2\$ en vous adressant aux: Canadian Gay Archives, C.P. 639, Succursale A, TORONTO (Ontario) M5W 1G2 (Tél.: (416) 977-6320).

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 (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