

Canada Communicable Disease Report

Laboratory Centre for
Disease Control Library

JUN 4 1996

Centre de lutte contre
la maladie Bibliothèque

Vol. 22-11

Date of publication: 1 June 1996

Relevé des maladies transmissibles au Canada

Date de publication : 1^{er} juin 1996

Contained in this issue:

Summary of the National Consensus Conference on Foodborne, Waterborne and Enteric Disease Surveillance	81
Ebola-Reston Virus Infection among Quarantined Nonhuman Primates—United States, 1996	84
Notifiable Diseases Summary	85
Outbreak of Ebola Hemorrhagic Fever in Gabon Officially Declared Over	87
Progress Towards Poliomyelitis Eradication	88

Contenu du présent numéro :

Résumé de la conférence nationale de concertation sur la surveillance des toxi-infections d'origine alimentaire et hydrique et des maladies entériques	81
Infection due au virus Ebola-Reston parmi des primates non humains en quarantaine—États-Unis, 1996	84
Sommaire des maladies à déclaration obligatoire	85
La flambée de fièvre hémorragique à virus Ebola au Gabon déclarée officiellement terminée	87
Progrès réalisés vers l'éradication de la poliomyélite	88

SUMMARY OF THE NATIONAL CONSENSUS CONFERENCE ON FOODBORNE, WATERBORNE AND ENTERIC DISEASE SURVEILLANCE

Background

The National Consensus Conference on Foodborne, Waterborne and Enteric Disease Surveillance, held in Ottawa, 28-30 November, 1995, was convened by the Bureau of Infectious Diseases, Laboratory Centre for Disease Control (LCDC), Health Protection Branch (HPB) of Health Canada*. The conference was designed to solicit insights and ideas from a representative group of experts and stakeholders as a key source of input on HPB's current *Re-engineering Action Plan*, which is focusing on means to strengthen Canada's foodborne, waterborne and enteric disease surveillance system and capabilities.

The *Re-Engineering Action Plan* will be proposing investments into key population health intelligence network initiatives that will help reduce the risk and burden of foodborne, waterborne and enteric diseases by enabling more timely and effective detection and analysis of these diseases and of related risk factors. This is a cooperative venture led by LCDC that will engage the support and commitment of other key federal agencies, most notably Agriculture and Agri-Food Canada, Fisheries and Oceans Canada, and Environment Canada, provincial and territorial ministries of health and agriculture and food, and other participants in the national system, including the national network of laboratories, food and water inspectors and health authorities.

As an important first step in this Plan, a preliminary review of the current foodborne, waterborne and enteric disease surveillance system in Canada was carried out by a private consulting firm. Most notable

RÉSUMÉ DE LA CONFÉRENCE NATIONALE DE CONCERTATION SUR LA SURVEILLANCE DES TOXI-INFECTIONS D'ORIGINE ALIMENTAIRE ET HYDRIQUE ET DES MALADIES ENTÉRIQUES

Contexte

La Conférence nationale de concertation sur les toxi-infections d'origine alimentaire et hydrique et les maladies entériques, qui a eu lieu à Ottawa le 28 au 30 novembre 1995, a été convoquée par le Bureau des maladies infectieuses, Laboratoire de lutte contre la maladie (LLCM), Direction générale de la protection de la santé (DGPS) de Santé Canada*. La conférence visait à solliciter les réflexions et les idées d'un groupe représentatif d'experts et de personnes intéressées en vue du *Plan d'action pour la restructuration* qui est en cours à la DGPS, qui vise à trouver des moyens de renforcer le système de la surveillance des toxi-infections d'origine alimentaire et hydrique et des maladies entériques ainsi que la capacité du Canada dans ce domaine.

Le *Plan d'action pour la restructuration* proposera des investissements dans de grandes initiatives de création de réseaux d'information sur la santé de la population, qui aideront à réduire le risque et le fardeau que représentent les toxi-infections d'origine alimentaire et hydrique et les maladies entériques, en permettant la détection et l'analyse plus rapides et plus efficaces de ces maladies et des facteurs de risques connexes. Il s'agit d'un projet conjoint mené par le LLCM, qui obtiendra l'appui et l'engagement d'autres agences fédérales importantes, en particulier Agriculture et Agro-alimentaire Canada, Pêches et Océans Canada et Environnement Canada, les ministères provinciaux et territoriaux de la Santé, de l'Agriculture et de l'Alimentation ainsi que d'autres participants dans le système national, notamment le réseau national des laboratoires, les inspecteurs de l'eau et des aliments et les autorités sanitaires.

À titre de première étape de ce Plan, nous avons demandé à une société privée d'experts-conseils de procéder à une étude préliminaire du système actuel de surveillance des toxi-infections d'origine alimentaire et hydrique et

* **Organizational Committee:** Ms. N. Armstrong (LCDC, Health Canada); M. Brodsky (Laboratory Services Branch, Ontario Ministry of Health); Dr. M. Douville-Fradet (Prévention et Protection de la Santé publique, Ministère de la Santé et des Services sociaux); Dr. J. Harwig (Food Directorate, Health Canada); Dr. W. Johnson (LCDC, Health Canada); Dr. S. Read (Animal and Plant Health Directorate, Agriculture and Agri-Food Canada); W. Robertson (Environmental Health Directorate, Health Canada); Dr. P. Sockett (LCDC, Health Canada); Dr. J. Spika (LCDC, Health Canada); Dr. J. Wilson (Chairperson) (LCDC, Health Canada).

* **Comité organisateur :** Mme Nicole Armstrong (LLCM, Santé Canada); M. Brodsky (Direction des services de laboratoire, Ministère de la Santé de l'Ontario); Dr. M. Douville-Fradet (Prévention et protection de la santé publique, Ministère de la Santé et des Services sociaux); Dr. J. Harwig (Direction des aliments, Santé Canada); Dr. W. Johnson (LLCM, Santé Canada); Dr. S. Read (Direction de l'hygiène vétérinaire et de la défense des végétaux, Agriculture et Agro-alimentaire Canada); W. Robertson (Direction de l'hygiène du milieu, Santé Canada); Dr. P. Sockett (LLCM, Santé Canada); Dr. J. Spika (LLCM, Santé Canada); Dr. J. Wilson (Président) (LLCM, Santé Canada).

among its observations was a need to make the system more formal and cohesive and, in particular, to bring together the microbiologic, epidemiologic, regulatory, disease control and clinical elements through more effective communication and partnerships.

Recognizing the diversity of participants at the local, federal, provincial and territorial levels, there was a need to clarify roles, as well as protocols and procedures for gathering, analysing and disseminating data on diseases and risk factors. There was also a need to invest in data management and communication systems to enhance the timeliness of analysis and dissemination. The existing network of surveillance partners provides a solid base on which to build a more effective foodborne, waterborne and enteric disease surveillance system, and there is considerable good will among key participants to collaborate on improvements.

The Consensus Conference

About 70 participants, spanning a broad range of interests from all levels of government, academic and research institutions, industry, and public interest organizations concerned with health issues, attended the Conference. Formal presentations by invited experts from Canada, the USA and Europe were followed by a series of small working group and full plenary sessions that addressed the following issues:

- **objectives of foodborne, waterborne and enteric disease surveillance at national, regional and local levels;**
- **means to enhance the timeliness and usefulness of surveillance data, and ideal timelines for data collection, analysis and dissemination;**
- **mechanisms to better coordinate Canadian foodborne, waterborne and enteric disease surveillance activities;**
- **priority topics for targeted special studies on foodborne, waterborne and enteric diseases and related risk factors;**
- **organisms and microbial toxins that should be tested for, as part of a national foodborne, waterborne and enteric disease surveillance strategy;**
- **minimum data that should accompany laboratory-confirmed isolates in reports to national reference laboratories;**
- **suggested approaches to harmonize laboratory methods and quality assurance programs related to foodborne, waterborne and enteric disease surveillance activity;**
- **gaps in data collection and transmission that need to be addressed to ensure effective and timely foodborne, waterborne and enteric disease surveillance;**
- **potential incentives and mechanisms to encourage and promote the collection and transmission of required surveillance data;**
- **issues related to patient and proprietary confidentiality that affect access to, or use of, foodborne, waterborne and enteric disease surveillance data;**
- **means to ensure compatibility of software for surveillance networks across Canada;**
- **required analysis and aggregation of surveillance data, including roles and responsibilities at different levels in the national system;**
- **content and format of dissemination products and vehicles for foodborne, waterborne and enteric disease surveillance data;**
- **means to enhance access to surveillance data;**

des maladies entériques au Canada. L'une des observations les plus frappantes de ces experts-conseils était la nécessité d'avoir un système plus structuré et plus homogène et, en particulier, de mieux intégrer les volets que sont la microbiologie, l'épidémiologie, la réglementation, la lutte contre la maladie et la médecine clinique, au moyen de partenariats et de communications plus efficaces. Étant donné la diversité des participants à l'échelle locale, fédérale, provinciale et territoriale, il était nécessaire de clarifier les rôles, de même que les protocoles et les méthodes utilisés pour recueillir, analyser et diffuser les données sur les maladies et les facteurs de risque. Il fallait également investir dans des systèmes de communication et de gestion des données, afin de réduire les délais d'analyse et de diffusion de l'information. Le réseau actuel de surveillance fournit des assises solides sur lesquelles on peut ériger un système plus efficace de surveillance des toxi-infections d'origine alimentaire et hydrique et des maladies entériques, et les principaux participants se sont montrés tout à fait disposés à travailler en vue d'améliorer le système.

La conférence de concertation

Environ 70 participants, oeuvrant dans un vaste éventail de domaines et représentant tous les paliers de gouvernement, les établissements d'enseignement et de recherche, l'industrie et des organisations de défense de l'intérêt public qui s'intéressent aux questions sanitaires, ont assisté à la conférence. Les exposés magistraux étaient présentés par des spécialistes invités du Canada, des États-Unis d'Amérique et d'Europe et étaient suivis par des réunions en groupes de travail et des assemblées plénières portant sur les questions et enjeux suivants :

- **les objectifs de la surveillance des toxi-infections d'origine alimentaire et hydrique et des maladies entériques aux échelons national, régional et local;**
- **des moyens d'accroître l'actualité et l'utilité des données de surveillance et le calendrier idéal pour la collecte, l'analyse et la diffusion des données;**
- **des mécanismes permettant de mieux coordonner les activités canadiennes de surveillance des toxi-infections d'origine alimentaire et hydrique et des maladies entériques;**
- **les sujets qui devraient, en priorité, faire l'objet d'études spéciales ciblées liées à la surveillance des toxi-infections d'origine alimentaire et hydrique et des maladies entériques;**
- **les micro-organismes et les toxines microbiennes qui devraient être recherchés dans le cadre d'une stratégie de surveillance;**
- **les données minimales qui devraient être fournies, avec les isolats confirmés en laboratoire, dans les rapports soumis aux laboratoires nationaux de référence;**
- **les approches visant à harmoniser les méthodes de laboratoire et les programmes d'assurance de la qualité;**
- **les lacunes de la collecte et de la transmission des données qui devront être corrigées si l'on veut faire en sorte que la surveillance des toxi-infections d'origine alimentaire et hydrique et des maladies entériques soit efficace et opportune;**
- **les mesures incitatives éventuelles et les mécanismes visant à encourager la collecte et la transmission des données requises;**
- **les questions liées à l'anonymat des patients et à la confidentialité des informations détenues en propre, qui influent sur l'accès aux données de surveillance ou sur l'utilisation de celles-ci;**
- **les moyens d'assurer la compatibilité des logiciels des réseaux de surveillance dans l'ensemble du Canada;**
- **l'analyse et la compilation requises des données de surveillance, notamment les rôles et responsabilités à différents niveaux dans le système national;**
- **le contenu et le mode de présentation des produits et des véhicules servant à la diffusion des données de surveillance sur les toxi-infections d'origine alimentaire et hydrique et les maladies entériques;**
- **les méthodes pour accroître l'accès aux données de surveillance;**

- required surveillance data on determinants and outcomes of foodborne, waterborne and enteric diseases;
- requirements for national notification of disease outbreaks, by selected pathogens; and
- requirements for nationally uniform protocols for investigation of foodborne, waterborne and enteric disease outbreaks.

Key Findings and Recommendations

In total, more than 60 recommendations were proposed, all with the consensual support of the conference participants. Some of the most notable recommendations from the Consensus Conference follow.

Scope of Foodborne, Waterborne and Enteric Disease Surveillance

The Conference endorsed a broad range of foodborne, waterborne and enteric diseases for inclusion in surveillance activities. A number of priority topics for special studies that would greatly enhance the understanding of foodborne, waterborne and enteric diseases and related risk factors were also suggested, in addition to the kinds of surveillance data that should be gathered at local, provincial, territorial and federal levels to ensure adequate and timely detection, analysis and response.

Planning and Coordination Mechanisms

The Conference advocated the creation by LCDC of a national expert body on foodborne, waterborne and enteric disease surveillance having representation from key federal and provincial agencies, laboratories, and a variety of public health, industry, academic and consumer interest organizations. This expert body would be charged with considering specific means by which Canada's foodborne, waterborne and enteric disease surveillance system can be enhanced. It would begin with detailed consideration of most of the recommendations from the Consensus Conference and the development of recommendations for consideration by the key participants in the system. The expert body's suggested mandate would include recommendations on the structure and coordination of the national surveillance system, mechanisms for improved communication and coordination, approaches to a national surveillance strategy (including processes to secure national consensus on surveillance priorities and approaches), harmonized approaches to data management, and coordinated methods for data access and dissemination.

Laboratory Testing and Capabilities

The Conference outlined the key organisms and microbial toxins that should be regularly tested for as part of a national surveillance strategy for foodborne, waterborne and enteric diseases. It identified the organisms and toxins in clinical, food and water samples for which each province and territory should have full testing capability (either in-house or ready access to). In addition, the Conference suggested pathogens and toxins that should be the subject of minimum routine laboratory testing capability in each province and territory. Finally, the Conference outlined the spectrum of laboratory testing capabilities that should be maintained or developed in Canada for specialized pathogen typing.

Data Collection, Analysis, Access and Dissemination

The Conference identified specific gaps in surveillance data currently being collected, and recommended priority areas for data collection, including minimum data that should be collected and

- les données de surveillance requises concernant les déterminants et aux issues des toxi-infections d'origine alimentaire et hydrique et des maladies entériques;
- la nécessité de déclarer les éclosions à l'échelle nationale selon l'agent pathogène en cause;
- la nécessité d'uniformiser les protocoles à l'échelle nationale, pour la tenue d'enquêtes sur les éclosions de toxi-infections d'origine alimentaire et hydrique et des maladies entériques;

Principales conclusions et recommandations

En tout, plus de 60 recommandations ont été proposées, et toutes ont fait l'objet d'un consensus de la part des participants à la conférence. Voici quelques-unes des principales recommandations de la Conférence de concertation :

Ampleur de la surveillance des toxi-infections d'origine alimentaire et hydrique et des maladies entériques

Les participants à la conférence ont accepté que les activités de surveillance portent sur un vaste éventail de toxi-infections d'origine alimentaire et hydrique et des maladies entériques. Ils ont proposé qu'on effectue des études spéciales sur un certain nombre de questions prioritaires, afin d'acquérir une meilleure compréhension des toxi-infections d'origine alimentaire et hydrique et des maladies entériques ainsi que des facteurs de risques connexes ils ont également indiqué le genre de données de surveillance qui devraient être recueillies à l'échelle locale, provinciale, territoriale et fédérale afin de s'assurer en sorte que les activités de détection et d'analyse ainsi que la réponse soient adéquates et aient lieu dans les plus brefs délais.

Mécanismes de planification et de coordination

Les participants à la conférence ont préconisé la création par le LLCM d'un organisme national expert de la surveillance des toxi-infections d'origine alimentaire et hydrique et des maladies entériques comptant des représentants des principales agences fédérales et provinciales, des grands laboratoires et de toute une gamme d'organisations du domaine de la santé publique, de l'industrie, du milieu universitaire et de défense des intérêts des consommateurs. Cet organisme d'experts serait chargé d'étudier des moyens précis d'améliorer le système canadien de surveillance des toxi-infections d'origine alimentaire et hydrique et des maladies entériques. Il devrait d'abord étudier en détail la plupart des recommandations de la Conférence nationale de concertation et élaborer des recommandations à soumettre aux principaux participants du système. Le mandat proposé de cet organisme engloberait l'élaboration des recommandations sur la structure et la coordination du système national de surveillance, des mécanismes visant à améliorer la communication et la coordination, l'élaboration d'une stratégie nationale de surveillance (y compris des mécanismes de concertation, afin d'obtenir un consensus à l'échelle nationale sur les priorités et les approches en matière de surveillance), l'harmonisation de la gestion des données, les méthodes coordonnées d'accès à celles-ci ainsi que leur diffusion.

Capacité des laboratoires

Les participants à la Conférence ont indiqué les principaux organismes et toxines microbiennes qui devraient être recherchés régulièrement dans le cadre d'une stratégie nationale de surveillance des toxi-infections d'origine alimentaire et hydrique et des maladies entériques. Ils ont identifié les organismes de même que les toxines présents dans les spécimens cliniques et les échantillons d'eau et d'aliments que chaque province et territoire devrait être pleinement en mesure de rechercher (services internes ou accès facile aux ressources nécessaires). En outre, les participants à la conférence ont proposé une liste d'agents pathogènes et de toxines pour lesquels chaque province et territoire devrait avoir des ressources minimales d'analyse de routine. Enfin, ils ont indiqué la gamme des capacités d'analyse de laboratoire qui devraient être maintenues ou développées au Canada pour le typage spécialisé des agents pathogènes.

Collecte, analyse, accessibilité et diffusion des données

Les participants à la conférence ont signalé des lacunes spécifiques dans les données de surveillance recueillies actuellement et ont recommandé des domaines qui devraient être prioritaires pour la collecte des données,

aggregated at each level, all of this being based on the principle that surveillance should be selective, focusing on key factors and data most pertinent to early detection and analysis. Much of the detail is required at the local level. The Conference also suggested a number of ways by which responsible authorities might be encouraged and assisted in collecting required data, and ensuring their timely dissemination and ready access by others with responsibilities related to foodborne, waterborne and enteric diseases. Considerable emphasis was placed on the importance of rapid updating of data and ready access by authorized users; in this regard, the Conference highlighted the need for better, and more compatible, software systems to enhance participation of all members in the national system.

Follow-Up

The results of the Consensus Conference, including highlights of the discussion and complete text of all recommendations have been incorporated into a Conference report that will go to all participants, in addition to key agencies and institutions with active interests in foodborne, waterborne and enteric disease surveillance*. Work has begun on establishing and developing in detail the initial mandate of the proposed expert body, which has been named The National Foodborne, Waterborne and Enteric Disease Surveillance Technical Steering Committee. The Committee's first meeting will be held 3-4 June, 1996, in Ottawa. In the meantime, other initiatives are being pursued to respond to the specific foodborne, waterborne and enteric disease surveillance priorities identified at the Consensus Conference and in the earlier *Re-Engineering Action Plan*.

notamment les données minimales qui devraient être recueillies et compilées à chaque niveau. Ils ont insisté sur le fait que la surveillance devrait être sélective et axée sur les facteurs clés et les données les plus utiles pour la détection précoce et l'analyse. Les données détaillées sont nécessaires à l'échelle locale. Les participants à la Conférence ont également proposé un certain nombre de moyens d'encourager et d'aider les autorités compétentes à recueillir les données nécessaires et à veiller à ce qu'elles soient transmises dans les plus brefs délais et facilement accessibles aux autres responsables des toxi-infections d'origine alimentaire et hydrique et des maladies entériques. Ils ont beaucoup insisté sur l'importance de mettre l'information rapidement à jour l'information et de la rendre facilement accessible aux utilisateurs autorisés; à cet égard, ils ont également insisté sur la nécessité de disposer de systèmes informatiques plus compatibles afin de favoriser la participation de tous les membres au système national.

Suivi

Les résultats de la Conférence de concertation, notamment les faits saillants de la discussion et le texte intégral des recommandations, ont été inclus dans le rapport de la conférence qui sera distribué à tous les participants, de même qu'aux principales agences et aux établissements qui s'intéressent à la surveillance des toxi-infections d'origine alimentaire et hydrique et des maladies entériques*. On a commencé à définir et à élaborer en détail le mandat initial du groupe d'experts proposé, qui portera le nom de Comité directeur technique de la surveillance des toxi-infections d'origine alimentaire et hydrique et des maladies entériques. La première réunion du Comité aura lieu les 3 et 4 juin 1996, à Ottawa. Entretemps, d'autres initiatives ont été mises en œuvre afin de régler les questions prioritaires concernant la surveillance des toxi-infections d'origine alimentaire et hydrique et des maladies entériques qui ont été cernées lors de la Conférence de concertation ainsi que dans le *Plan d'action pour la restructuration* de la DGPS.

International Notes

EBOLA-RESTON VIRUS INFECTION AMONG QUARANTINED NONHUMAN PRIMATES—UNITED STATES, 1996

On 30 March, 1996, a cynomolgus monkey (*Macaca fascicularis*), imported from the Philippines and held in a private quarantine facility in Texas, died following a 3-day illness characterized by anorexia and lethargy. On 11 April, an Ebola infection was confirmed in this animal based on antigen detection from a liver specimen as required by CDC regulation^(1,2).

On 9 April, a second monkey that had been held in the same room had onset of similar symptoms; this monkey was euthanized on 13 April following confirmation of Ebola infection by electron microscopy, antigen detection enzyme-linked immunosorbent assay, and reverse-transcriptase polymerase chain reaction tests of serum and blood samples. Sequence analysis of the entire glycoprotein gene of the Ebola virus from the first monkey indicated a 98.9% nucleotide identity with the original 1989 Ebola-Reston virus.

The two monkeys were part of a shipment of 100 received by the facility on 21 March and housed in two separate self-contained rooms with a capacity of 50 animals each. On 17 April, the other 48 monkeys housed in the same quarantine room as the two infected animals were euthanized to minimize potential exposure of employees and to prevent additional transmission within the room. Surveillance has been enhanced for the remaining 50 monkeys and has been initiated to monitor the eight facility employees who had

Notes internationales

INFECTION DUE AU VIRUS EBOLA-RESTON PARMI DES PRIMATES NON HUMAINS EN QUARANTINE—ÉTATS-UNIS, 1996

Le 30 mars 1996, un macaque de Buffon (*Macaca fascicularis*) qui avait été importé des Philippines et se trouvait dans un établissement de quarantaine privé au Texas, est mort à la suite d'une maladie d'une durée de 3 jours caractérisée par l'anorexie et la léthargie. Le 11 avril, une infection par le virus Ebola a été confirmée chez cet animal au moyen d'une épreuve de détection de l'antigène dans un spécimen hépatique, conformément à ce qui est prévu par la réglementation des CDC^(1,2).

Le 9 avril, un deuxième singe qui avait été gardé dans la même pièce a affiché des symptômes semblables; ce singe a été euthanasié le 13 avril après confirmation d'une infection par le virus Ebola par microscopie électronique, détection de l'antigène par la méthode immuno-enzymatique, et des épreuves d'amplification de la transcriptase inverse par la réaction en chaîne de la polymérase dans des échantillons de sang et de sérum. Le séquençage de l'ensemble du gène codant la glycoprotéine du virus Ebola isolé du premier singe a révélé une concordance de 98,9 % des séquences nucléotidiques avec le virus Ebola-Reston original de 1989.

Les deux singes faisaient partie d'un lot de 100 singes reçus par l'établissement le 21 mars. Ceux-ci ont été logés dans deux pièces séparées et indépendantes ayant une capacité de 50 animaux chacune. Le 17 avril, on a décidé d'euthanasier les 48 autres singes qui se trouvaient dans la même salle de quarantaine que les deux animaux infectés afin d'atténuer le risque d'exposition éventuelle des employés et de prévenir toute autre propagation de l'infection dans la salle. On a accru la surveillance pour les 50 singes restants et l'on a entrepris la surveillance des huit employés de

* Copies of the Consensus Conference report may be obtained by contacting Ms. Nicole Armstrong, Bureau of Infectious Diseases, LCDC, Tunney's Pasture, P.L. 0603E1, Ottawa, Ontario, K1A 0L2.

* Les personnes ou les groupes intéressés peuvent se procurer des copies du rapport de la Conférence de concertation en s'adressant à Mme Nicole Armstrong, Bureau des maladies Infectieuses, LLCM, Pré Tunney, L.P. 0603E1, Ottawa (Ontario) K1A 0L2.

HEALTH CANADA - SANTÉ CANADA

Notifiable Diseases Summary - Sommaire des maladies à déclaration obligatoire

New Cases Reported for Fourth Quarter (4th) (1 October - 31 December 1995) - Nouveaux cas déclarés pour le quatrième trimestre (4th) (1 octobre - 30 décembre 1995)

Disease Maladie	ICD-9 CIM-9	Canada [†]			Newfoundland Terre-Neuve			Prince Edward Island Île-du-Prince-Édouard			Nova Scotia Nouvelle-Écosse			New Brunswick Nouveau-Brunswick			Quebec Québec		
		4 th 4 th mo	Cum. 95	Cum. 94	4 th 4 th mo	Cum. 95	Cum. 94	4 th 4 th mo	Cum. 95	Cum. 94	4 th 4 th mo	Cum. 95	Cum. 94	4 th 4 th mo	Cum. 95	Cum. 94	4 th 4 th mo	Cum. 95	Cum. 94
AIDS-Sida	042-044	50	737	1156	—	3	8	—	—	—	1	18	35	—	6	11	17	206	303
Amoebiasis - Amibiase	006	308	1542	1723	—	2	1	—	2	—	4	16	18	—	4	6	37	180	236
Botulism - Botulisme	005.1	—	14	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	10	1	
Brucellosis - Brucellose	023	1	7	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	
Campylobacteriosis - Campylobactériose	008.41*	2533	12942	15723	15	89	123	12	50	104	59	234	312	51	198	348	544	2102	2412
Chancroid - Chancre mou	099.0	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Chickenpox - Varicelle	052	2674	12352	12756	184	667	420	—	—	—	4	422	404	2	5	5	—	—	—
Chlamydia, genital - Chlamydirose génitale	099.81*	7054	29993	41235	57	274	356	33	112	109	289	1189	1446	183	689	917	1310	5545	7837
Cholera - Choléra	001	1	5	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Diphtheria - Diphthérie	032	—	2	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Giardiasis - Giardiase	007.1	1468	5946	6523	18	67	80	1	4	13	29	107	113	28	88	112	176	682	701
Gonococcal Infections - Infections gonococciques ⁽¹⁾	098	1229	5348	6167	—	4	3	—	—	—	10	38	35	4	9	13	127	482	735
Gonococcal Ophthalmia neonatorum - Ophthalme gonococcique du nouveau-né	098.4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	3	—
Haemophilus influenzae B (all invasive) - (invasive) à H. Influenzae B ⁽²⁾	320.0,038.41*	6	54	57	—	1	1	—	—	2	—	—	1	1	3	3	4	26	24
Hepatitis A - Hépatite A	070.0,070.1	541	1970	1712	—	3	3	—	—	1	1	12	35	—	1	4	88	417	207
Hepatitis B - Hépatite B	070.2,070.3	776	3326	3078	1	3	9	—	—	—	13	44	61	4	24	45	235	1038	856
Hepatitis C - Hépatite C	3034	10868	2856	—	10	37	19	—	—	3	—	—	—	52	121	62	—	—	—
Hepatitis non-A, non-B - Hépatite non-A, non-B	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Hepatitis unspecified viral - Hépatite virale, sans précision	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Herpes Simplex (congenital/neonatal) - Herpès (congénital/néonatal)	771.21*	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Legionellosis - Legionellose	482.41	11	67	69	—	—	—	—	—	—	—	5	4	—	—	1	1	15	11
Leprosy - Lèpre	030	—	9	10	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	4	3
Listeriosis (all types) - Listériose (tous genres)	027.0,771.22*	14	51	47	1	2	1	—	—	1	—	—	—	—	—	2	—	—	—
Malaria - Paludisme	084	97	621	430	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	3	1	25	105	52
Measles - Rougeole	055	66	2344	523	—	2	3	—	—	—	—	1	1	—	2	—	6	27	128
Meningitis, pneumococcal - Meningite à pneumocoques	320.1	15	58	68	—	—	—	—	—	—	5	5	—	1	4	7	—	—	—
Meningitis, other bacterial	—	40	109	124	—	—	3	—	—	—	3	7	6	—	1	—	—	—	—
Autres mениngites bactériennes ^(3,4)	—	59	172	698	—	—	6	—	1	—	5	7	2	3	10	46	18	31	117
Meningitis/Encephalitis viral - Méninigite/encéphalite virale ⁽⁵⁾	—	66	250	334	1	6	5	—	—	1	—	4	11	1	3	20	20	88	91
Meningococcal Infections - Infections à méningocoques	036	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	7	1	2	2	23	68	80
Mumps - Oreillons	072	102	387	369	—	1	3	—	—	—	—	—	—	1	—	—	3	3	—
Paratyphoid - Paratyphoïde	002.1-002.9	4	21	18	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
Pertussis - Coqueluche	033	2132	8883	10151	21	96	334	4	14	16	76	403	378	137	417	58	682	3533	4364
Plague - Peste	020	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Poliomyelitis - Poliomyélite	045	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Rabies - Rage	071	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Rubella - Rubéole	056	34	286	237	—	2	1	—	—	—	—	—	3	—	1	—	7	35	61
Congenital Rubella - Rubéole congénitale	771.0	1	4	4	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1
Salmonellosis - Salmonellose ⁽⁶⁾	003	1339	6000	6453	14	78	111	4	23	39	55	152	128	39	125	164	275	1169	1189
Shigellosis - Shigellose	004	209	1174	1429	—	1	—	—	2	—	3	9	7	1	6	7	59	314	290
Syphilis:	—	18	110	140	—	1	—	—	—	—	—	1	24	—	—	5	4	9	15
Early, Symptomatic - Symptomatique, récente	091	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	15	8	4	11	11	8	52	80
Other Syphilis - Autres syphilis	090,092-097	48	351	485	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	1	—
Tetanus - Tétanos	037	2	5	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Trichinosis - Trichinose	124	7	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Tuberculosis - Tuberculose	010-018	536	1508	2075	3	8	14	—	—	—	—	—	15	—	—	17	52	256	364
Typhoid - Typhoïde	002.0	9	75	80	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	3	—	4	24	24
Verotoxigenic E. coli - E. coli vérotoxinogènes	008.01*	211	1152	1183	4	12	6	1	8	12	8	18	18	—	3	3	62	300	288
Yellow Fever - Fièvre jaune	060	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

(1) Includes all 098 categories except 098.4.

(2) Includes buccal cellulitis or epiglottitis 464.3 in a child < 5 years with no other causative organisms isolated.

(3) Includes encephalitis.

(4) All other categories except Haemophilus 320.2, Listeriosis 027.0, Meningococcal 036, Pneumococcal 320.1 and Tuberculosis 013.0.

(5) All categories except Measles 055, Mumps 072, Poliomyelitis 045, Rubella 056 and Yellow Fever 060.

(6) Excludes Typhoid 002.0 and Paratyphoid 002.1 to 002.9.

* ICD-9 codes used in the list may be incomplete. All 5 digit codes are unofficial and are for LCDM surveillance purposes only.

† May not represent national total if data from the provinces are incomplete.

(1) Comprend toutes les rubriques 098, sauf 098.4.

(2) Comprend cellulite buccale ou épiglottite 464.3 chez un enfant < 5 ans chez qui aucun autre microorganisme causal n'a été isolé.

(3) Comprend encéphalite.

(4) Toutes les autres rubriques sauf à Haemophilus 320.2, listériose 027.0, à méningocoques 036, à pneumocoques 320.1 et tuberculose 013.0.

(5) Toutes les rubriques, sauf rougeole 055, oreillons 072, poliomyélite 045, rubéole 056 et fièvre jaune 060.

(6) Sauf typhoïde 002.0 et paratyphoïde 002.1 à 002.9.

Les codes de la CIM-9 figurant dans la liste ne sont peut-être pas complets. Quant aux codes à 5 chiffres, ils ne sont pas officiels, ayant été établis uniquement aux fins de la surveillance du LLCM. Il se peut que ce chiffre ne représente pas le total national si les données provenant des provinces sont incomplètes.

Notifiable Diseases Summary (Concluded) - Sommaire des maladies à déclaration obligatoire (fin)

Fourth Quarter (4th) (1 October - 31 December 1995) - Quatrième Trimestre (4^{ème}) (1 octobre - 31 décembre 1995)

Disease Maladie	ICD-9 CIM-9	Ontario		Manitoba		Saskatchewan		Alberta		British Columbia Colombie-Britannique		Yukon		Northwest Territories Territoires du Nord-Ouest					
		4 th 4 ^{ème}	Cum. 95	Cum. 94	4 th 4 ^{ème}	Cum. 95	Cum. 94	4 th 4 ^{ème}	Cum. 95	Cum. 94	4 th 4 ^{ème}	Cum. 95	Cum. 94	4 th 4 ^{ème}	Cum. 95	Cum. 94			
AIDS-Sida	042-044	14	272	432	1	11	12	—	10	10	7	74	117	10	136	227			
Amoebiasis - Amibiase	006	168	880	942	7	29	39	10	36	52	11	54	85	71	334	342			
Botulism - Botulisme	005.1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—			
Brucellosis - Brucellose	023	1	3	4	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1		
Campylobacteriosis -		1091	6218	7463	51	254	270	62	240	242	200	906	1269	444	2630	3157			
Campylobactériose	008.41*													—	5	10			
Chancroid - Chancre mou	099.0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	85	43		
Chickenpox - Varicelle	052	2599	115561	13465	495	2683	3075	553	1970	2497	2338	0344	9770	—	—	51	156	153	
Chlamydia, genital -											1227	4988	5010	—	—	257	831	1002	
Chlamydiase génitale	099.81*																		
Cholera - Choléra	001	—	3	1	—	—	—	—	—	—	1	2	—	—	—	—	—	—	
Diphtheria - Diphtérie	032	—	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Giardiasis - Giardiase	007.1	546	2582	2695	—	—	—	134	345	397	196	620	854	328	1392	1485			
Gonococcal Infections -		621	2860	3123	125	587	729	83	361	377	92	373	506	135	510	490			
Infections gonocoïques ⁽¹⁾	098													9	16	13			
Gonococcal Ophthalmia neonatorum -																			
Ophtalmie gonocoïque du nouveau-né	098.4	1	5	3	—	—	—	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	
Haemophilus influenzae B (all invasive) -																			
(invasive) à H. influenzae B ⁽²⁾	320.0, 038.41*				1	11	13	—	1	3	—	10	6	—	—	—	—	1	1
Hepatitis A - Hépatite A	070.0, 070.1	105	482	425	57	316	528	48	139	64	91	222	158	151	376	281			
Hepatitis B - Hépatite B	070.2, 070.3	38	253	267	—	—	51	6	18	24	23	90	112	455	1851	1645			
Hepatitis C - Hépatite C		1439	5395	174	—	—	—	137	434	337	—	—	—	1375	4807	2232			
Hepatitis non-A, non-B -					—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Hépatite non-A, non-B																			
Hepatitis unspecified viral -																			
Hépatite virale, sans précision																			
Herpes Simplex (congenital/neonatal) -																			
Herpès (congénital/néonatal)	771.21*																		
Legionellosis - Legionellose	482.41	4	32	34	2	2	6	—	1	2	4	12	11	—	—	—	—	—	—
Leprosy - Lèpre	030	—	1	5	—	—	—	—	—	—	—	3	2	—	—	—	—	—	—
Listeriosis (all types) -		12	41	35	1	6	5	—	2	2	—	—	—	—	—	1	—	—	—
Listériose (tous genres)	027.0, 771.22*																		
Malaria - Paludisme	084	44	244	220	3	9	8	—	—	3	11	39	44	14	220	99			
Measles - Rougeole	055	58	2299	323	—	1	—	—	2	4	—	31	2	11	36				
Meningitis, pneumococcal -		—	—	23	—	6	6	1	7	7	1	9	15	6	24	4			
Méningite à pneumocoques	320.1													—	—	1	1	2	
Meningitis, other bacterial					24	72	80	—	—	7	4	8	6	9	18	19			
Autres méningites bactériennes ^(3,4)					—	—	—							—	—	—	3	3	
Meningitis/Encephalitis viral -					2	17	204	8	30	45	5	22	152	15	40	90			
Méningite/encéphalite virale ⁽⁵⁾														3	13	32			
Meningococcal Infections -					22	91	110	1	4	8	2	9	7	19	35	27			
Infections à méningocoques	036													—	10	54			
Mumps - Oreillons	072	46	191	124	1	13	1	—	4	7	16	70	89	15	35	56			
Paratyphoid - Paratyphoïde	002.1-002.9	3	12	12	—	2	—	—	—	—	—	2	3	—	—	—			
Pertussis - Coqueluche	033	351	2007	2265	152	627	1231	152	279	185	431	1038	869	119	447	442			
Plague - Peste	020	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—			
Poliomyelitis - Poliomyélite	045	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—			
Rabies - Rage	071	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—			
Rubella - Rubéole	056	17	194	90	—	2	7	1	2	3	4	19	32	5	31	40			
Congenital Rubella - Rubéole congénitale	771.0	1	4	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—			
Salmonellosis - Salmonellose ⁽⁶⁾	003	516	2742	2817	61	188	216	58	197	186	120	471	706	176	819	875			
Shigellosis - Shigellose	004	56	417	483	28	73	142	44	111	128	18	91	132	—	146	239			
Syphilis:														—	3	—			
Early, Symptomatic -		10	61	60	2	2	2	1	17	16	1	4	3	—	15	14			
Symptomatique, récente	091													—	—	1			
Other Syphilis - Autres syphilis	090,092-097	30	233	314	2	18	12	—	1	2	4	21	57	—	—	—			
Tetanus - Tétanos	037	2	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—			
Trichinosis - Trichinose	124	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	7	7			
Tuberculosis - Tuberculose	010-018	69	614	825	—	—	116	153	153	147	121	121	178	104	305	324			
Typhoid - Typhoïde	002.0	4	37	45	—	1	5	—	—	—	—	10	6	—	—	—			
Verotoxigenic E. coli -		79	567	457	8	68	38	11	51	31	38	125	108	—	222	—			
E. coli verotoxinogènes	008.01*													—	—	—			
Yellow Fever - Fièvre jaune	060	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—			

SYMBOLS

- . Not reportable
- .. Not available
- _ No cases reported

SIGNES

- .. À déclaration non obligatoire
- .. Non disponible
- _ Aucun cas déclarés

SOURCE:

Division of Disease Surveillance
Laboratory Centre for Disease Control
Health Canada
Ottawa, Ontario K1A 0L2
Tel.: (613) 957-0334

SOURCE:

Division de surveillance des maladies
Laboratoire de lutte contre la maladie
Santé Canada
Ottawa (Ontario) K1A 0L2
Tél.: (613) 957-0334

had contact with these monkeys. During the quarantine period, these employees had worn protective clothing and followed strict contact guidelines to minimize exposure to potential infectious agents.

MMWR Editorial Note: Ebola virus is a member of a family of RNA viruses known as filoviruses. Ebola virus was discovered in 1976; since its discovery, four distinct subtypes have been identified: Zaire, Sudan, Ivory Coast, and Reston⁽³⁾. Ebola-Reston subtype was discovered in the United States in 1989 in association with an outbreak of viral hemorrhagic fever among monkeys imported from the Philippines to Reston, Virginia⁽⁴⁾. Although infection with this virus can be fatal in monkeys, the only four infections confirmed in humans were asymptomatic⁽⁵⁾; in contrast, infection with Ebola-Sudan or Ebola-Zaire subtypes often is fatal in humans. Four additional episodes of Ebola-Reston infection among monkeys imported from the Philippines have occurred in the United States and Italy⁽⁶⁾.

Following the earliest episodes, CDC updated and modified the mandatory disease-control requirements and other procedures used in the transportation and quarantine of nonhuman primates^(1,2). The current episode in Texas indicates the importance and effectiveness of these regulations: both cases of infection were detected while the monkeys were in quarantine, and the potential for transmission to facility employees was minimal. This problem also underscores the need for further characterization of the reservoir(s) for and natural history of infection with this virus.

References

1. CDC. *Update: Ebola-related filovirus infection in nonhuman primates and interim guidelines for handling nonhuman primates during transit and quarantine*. MMWR 1990;39:22-4,29-30.
2. CDC. *Requirement for a special permit to import cynomolgus, African green, or Rhesus monkeys into the United States: notice*. Federal Register 1990;55:15210-11.
3. Sanchez A, Trappier SG, Mahy BWJ et al. *The virion glycoproteins of Ebola virus are encoded in two reading frames and are expressed through transcriptional editing*. Proc Natl Acad Sci U S A 1996;93:3602-07.
4. Jahrling PB, Geisbert TW, Dalgard DW et al. *Preliminary report: isolation of Ebola virus from monkeys imported to USA*. Lancet 1990;335:502-05.
5. CDC. *Update: filovirus infection in animal handlers*. MMWR 1990;39:221.
6. World Health Organization. *Viral hemorrhagic fever in imported monkeys*. Wkly Epidemiol Rec 1992;67:142.

Source: *Morbidity and Mortality Weekly Report, Vol 45, No 15, 1996*.

Update

OUTBREAK OF EBOLA HEMORRHAGIC FEVER IN GABON OFFICIALLY DECLARED OVER

No new cases of Ebola hemorrhagic fever have been reported in Gabon since the death of the last case on 12 March, 1996. The outbreak was, therefore, officially declared over on 23 April, 1996, after a lapse of 42 days corresponding to twice the maximum incubation period.

This outbreak occurred in the village of Mayibout II, Makokou Health District, Ogooué-Ivindo Province, Gabon. It was linked to the butchering, transport and preparation for consumption of a chimpanzee found dead in the forest on 24 January, 1996. The Centre international de Recherche médicale de Franceville (CIRMF), Gabon isolated a strain of Ebola virus from patient samples and the Pasteur Institute, Paris confirmed this by polymerase chain reaction. The clinical features of the disease were very similar to those observed during the Kikwit epidemic, Zaire in 1995. After an acute onset typically including fever, diarrhea and vomiting, frequently with headache, some patients developed additional symptoms, usually associated with high mortality. These symptoms included sore throat, hiccups, dehydration, and

l'établissement qui avaient été en contact avec ces singes. Pendant la période de quarantaine, ces employés avaient porté des vêtements protecteurs et adhéré aux lignes directrices très rigoureuses visant à réduire au minimum le risque d'exposition à des agents infectieux.

Editorial du MMWR: Le virus Ebola fait partie de la famille des virus à ARN connus sous le nom de filovirus. Le virus Ebola a été découvert en 1976; depuis sa découverte, quatre sous-types distincts ont été identifiés : Zaire, Soudan, Côte d'Ivoire et Reston⁽³⁾. Le sous-type Ebola-Reston a été découvert aux États-Unis en 1989 par suite d'une élosion de cas de fièvre hémorragique parmi un groupe de singes importés des Philippines à Reston (Virginie)⁽⁴⁾. Si l'infection due à ce virus peut être fatale chez le singe, les quatre seuls cas d'infection confirmés chez les humains ont été asymptomatiques⁽⁵⁾; en revanche, l'infection par le virus Ebola-Soudan ou Ebola-Zaire est souvent fatale chez l'homme. Quatre autres épisodes d'infection due au virus Ebola-Reston chez des singes importés des Philippines sont survenus aux États-Unis et en Italie⁽⁶⁾.

À la suite des premiers épisodes, les CDC ont mis à jour et modifié les exigences relatives au contrôle sanitaire obligatoire et les autres procédures appliquées dans le cas du transport et de la quarantaine des primates non humains^(1,2). L'épisode du Texas montre l'importance et l'efficacité de ces règlements : les deux cas d'infection ont été détectés pendant que les singes étaient en quarantaine, et le risque de transmission de l'infection aux employés de l'établissement était minime. Ce problème fait également ressortir le besoin de caractériser davantage les réservoirs de même que l'histoire naturelle de l'infection causée par ce virus.

Références

1. CDC. *Update: Ebola-related filovirus infection in nonhuman primates and interim guidelines for handling nonhuman primates during transit and quarantine*. MMWR 1990;39:22-4,29-30.
2. CDC. *Requirement for a special permit to import cynomolgus, African green, or Rhesus monkeys into the United States: notice*. Federal Register 1990;55:15210-11.
3. Sanchez A, Trappier SG, Mahy BWJ et al. *The virion glycoproteins of Ebola virus are encoded in two reading frames and are expressed through transcriptional editing*. Proc Natl Acad Sci U S A 1996;93:3602-07.
4. Jahrling PB, Geisbert TW, Dalgard DW et al. *Preliminary report: isolation of Ebola virus from monkeys imported to USA*. Lancet 1990;335:502-05.
5. CDC. *Update: filovirus infection in animal handlers*. MMWR 1990;39:221.
6. World Health Organization. *Viral hemorrhagic fever in imported monkeys*. Wkly Epidemiol Rec 1992;67:142.

Source : *Morbidity and Mortality Weekly Report, Vol 45, n° 15, 1996*.

Mise à jour

LA FLAMBÉE DE FIÈVRE HÉMORRAGIQUE À VIRUS EBOLA AU GABON DÉCLARÉE OFFICIELLEMENT TERMINÉE

Aucun cas nouveau de fièvre hémorragique à virus Ebola n'a été signalé au Gabon depuis le décès du dernier patient le 12 mars 1996. La flambée a donc été déclarée officiellement terminée le 23 avril 1996, après un laps de temps de 42 jours, égal au double du maximum de la période d'incubation.

La flambée s'est produite dans le village de Mayibout II, situé dans le district sanitaire de Makokou de la province d'Ogooué-Ivindo, au Gabon. Elle était liée au dépeçage, au transport et à la préparation pour la consommation d'un chimpanzé trouvé mort dans la forêt le 24 janvier 1996. Le Centre international de Recherche médicale de Franceville (CIRMF), Gabon, a isolé une souche de virus Ebola à partir de prélèvements provenant de patients, et l'Institut Pasteur de Paris l'a confirmé par réaction en chaîne de la polymérase. Le tableau clinique de la maladie était très semblable à celui qui avait été observé lors de l'épidémie de Kikwit, Zaire, en 1995. Après une phase aiguë comprenant notamment fièvre, diarrhée, vomissements, fréquemment accompagnés de céphalées, d'autres symptômes se sont manifestés chez certains patients, entraînant généralement une mortalité élevée. Ces symptômes comprenaient maux de

hemorrhage including purpura, gum hemorrhage, epistaxis, hematemesis and melena. The shortest incubation period among those for whom first contact date was known was 6 days.

Based on the clinical/epidemiologic case definition used during the Kikwit epidemic, the total number of cases was 37 (20 males, 17 females); the mean age was 27 years (range 7 months to 70 years). Among the 37 cases, 21 (56.8%) died. Among 191 identified contacts, 13 (6.8%) developed the disease and four of them died. Twenty-one cases were directly exposed to the dead chimpanzee (first-generation cases), 13 were due to human-to-human transmission (eight second-generation cases and five third-generation cases); three cases had no obvious transmission links with the chimpanzee or other known cases. Among the latter, two died and could not be tested; specific IgM antibodies were demonstrated in the survivor. Rapid identification of the disease and appropriate control measures quickly brought the outbreak under control. None of the patients were health professionals.

Source: WHO Weekly Epidemiological Record, Vol 71, No 17, 1996.

PROGRESS TOWARDS POLIOMYELITIS ERADICATION

Rapid progress is being made towards global eradication of wild polioviruses. In 1995, approximately 300 million children were immunized against poliomyelitis during National Immunization Days campaigns conducted for poliomyelitis eradication. Reported cases of poliomyelitis have declined by more than 85% since 1988.

Source: WHO Weekly Epidemiological Record, Vol 71, No 7, 1996.

The Canada Communicable Disease Report (CCDR) presents current information on infectious and other diseases for surveillance purposes and is available through subscription. Many of the articles contain preliminary information and further confirmation may be obtained from the sources quoted. Health Canada 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.

Scientific Advisors Dr. John Spika (613) 957-4243
Dr. Fraser Ashton (613) 957-1329
Editor-in-Chief Eleanor Paulson (613) 957-1788
Assistant Editor Nicole Beaudoin (613) 957-0841
Desktop Publishing Joanne Regnier

Submissions to the CCDR should be sent to the Editor-in-Chief at the following address:
Laboratory Centre for Disease Control, Tunney's Pasture, Ottawa, Ontario K1A 0L2.

To subscribe to this publication, please contact:
Information Technology Group Tel. No.: (613) 731-9331, ext. 2028
Canadian Medical Association FAX: (613) 731-9102
P.O. Box 8650
Ottawa, Canada K1G 0G8

Price per year: \$75.00 + G.S.T. - in Canada; \$97.50 (U.S.) - outside Canada.
© Minister of National Health and Welfare 1996

This publication can also be accessed electronically via Internet using a Web browser at
<http://hpbl.hwc.ca:8300> or via Gopher at hpbl.hwc.ca port 7300.

gorge, hoquet, déshydratation et hémorragies, notamment purpura, saignements gingivaux, épistaxis, hématémèse, et méléna. Parmi les patients pour lesquels la date du premier contact était connue, la période d'incubation la plus courte a été de 6 jours.

Selon la définition de cas clinique/épidémiologique utilisée durant l'épidémie de Kikwit, le nombre total de cas a été de 37 (20 sujets de sexe masculin, 17 de sexe féminin). L'âge moyen était de 27 ans (minimum 7 mois, maximum 70 ans). Sur les 37 cas, 21 (56,8 %) sont décédés. Parmi 191 contacts identifiés, 13 (6,8 %) ont développé la maladie et quatre d'entre eux sont décédés. Vingt et un cas ont été directement exposés au chimpanzé mort (cas de première génération), 13 étaient dus à une transmission de personne à personne (huit cas de deuxième génération et cinq cas de troisième génération); trois cas n'avaient aucun lien de transmission manifeste avec le chimpanzé ou d'autres cas connus. Parmi ces derniers cas, deux sont décédés et n'ont pas pu faire l'objet de tests; des anticorps IgM spécifiques ont été mis en évidence chez le survivant. L'identification rapide de la maladie et les mesures de lutte appropriées ont permis de maîtriser rapidement la flambée. Aucun cas n'a été observé parmi les professionnels de santé.

Source : *Relevé épidémiologique hebdomadaire de l'OMS, Vol 71, n° 17, 1996.*

PROGRÈS RÉALISÉS VERS L'ÉRADICATION DE LA POLIOMYÉLITE

Des progrès rapides sont réalisés vers l'éradication mondiale du poliovirus sauvage. En 1995, près de 300 millions d'enfants ont été vaccinés contre la poliomyélite au cours de Journées nationales de Vaccination organisées pour éradiquer la maladie. Depuis 1988, les cas de poliomyélite signalés ont décliné de plus de 85 %.

Source : *Relevé épidémiologique de l'OMS, Vol 71, n° 7, 1996.*

Pour recevoir le *Relevé des maladies transmissibles au Canada (RMTC)*, qui présente des données pertinentes sur les maladies infectieuses et les autres maladies dans le but de faciliter leur surveillance, il suffit de s'y abonner. Un grand nombre des articles qui y sont publiés ne contiennent que des données sommaires, mais des renseignements complémentaires peuvent être obtenus auprès des sources mentionnées. Santé Canada ne peut être tenu responsable de l'exhaustivité, ni de l'authenticité des articles. Toute personne travaillant dans le domaine de la santé est invitée à collaborer (dans la langue officielle de son choix); la publication d'un article dans le RMTC n'en empêche pas la publication ailleurs.

Conseillers scientifiques : Dr John Spika (613) 957-4243
Dr Fraser Ashton (613) 957-1329
Rédactrice en chef : Eleanor Paulson (613) 957-1788
Rédactrice adjointe : Nicole Beaudoin (613) 957-0841
Éditrice : Joanne Regnier

Pour soumettre un article, veuillez vous adresser à la Rédactrice en chef, Laboratoire de lutte contre la maladie, Pré Tunney, Ottawa (Ontario) K1A 0L2.

Pour vous abonner à cette publication, veuillez contacter :
Technologie informatique N° de téléphone : (613) 731-9331, poste 2028
Association médicale canadienne Télécopieur : (613) 731-9102
B.P. 8650
Ottawa (Canada) K1G 0G8

Prix par année : 75 \$ + TPS au Canada; 97,50 \$ US à l'étranger.
© Ministre de la Santé nationale et du Bien-être social 1996

On peut aussi avoir accès électroniquement à cette publication par internet en utilisant un explorateur Web, à <http://hpbl.hwc.ca:8300> ou à l'aide de Gopher, à hpbl.hwc.ca port 7300.

902537 12/L/01/GO/E 16 MAY 96
LIBRARY - HEALTH PROTECTION BRANCH
LABORATORY CENTRE FOR DISEASE CONTROL
HEALTH CANADA
120 PARKDALE AVENUE
OTTAWA ON
K1A 0K9

P
DIR

MAIL POSTE

Canada Post Corporation / Société canadienne des postes

Postage paid
Blik Port payé
Nbre

01294415-96