



canada diseases
weekly report

85 HEAV

CANADA
NATIONAL LIBRARY
BIBLIOTHEQUE NATIONALE
GOVERNMENT PUBLICATIONS
COLLECTION

rapport hebdomadaire
des maladies au canada

NATURAL LOSS OF INTESTINAL PARASITES OF VIETNAMESE IMMIGRANTS FOLLOWING ENTRY TO CANADA

DES PERTE NATURELLE DES PARASITES INTESTINAUX CHEZ LES IMMIGRANTS VIETNAMIENS APRES LEUR ENTREE AU CANADA

Medical examinations are routinely required for immigrants to Canada prior to their arrival, but these regulations may be overlooked in specific situations. Such situations occurred with the Ugandan Asians and, in the summer of 1975, with the evacuation of South Vietnam. Most of the Vietnamese refugees left Vietnam for Guam and Wake Island 3½-4 months prior to their arrival in Montreal in July. Despite confusion and stress after their arrival, 75 immigrants between the ages of 15 and 50 volunteered to provide stool samples every two weeks for two months for a diagnosis of their intestinal parasites. They all agreed to take no medication during this time. They were professional people and their families, and there were equal numbers of males and females.

Des examens médicaux sont exigés systématiquement pour les immigrants avant leur arrivée au Canada, mais cette réglementation peut être assouplie dans le cas de situations particulières. De telles situations se sont produites dans le cas des réfugiés asiatiques de l'Uganda et, au cours de l'été de 1975, lors de l'évacuation du Sud-Vietnam. La plupart des réfugiés Vietnamiens ont quitté le Vietnam pour Guam et Wake Island de 3 mois et demi à 4 mois avant leur arrivée à Montréal en juillet. Malgré la confusion et le stress qui a suivi leur arrivée, 75 immigrants âgés de 15 à 50 ans ont offert volontairement des échantillons de selles, toutes les deux semaines pendant deux mois, pour la recherche des parasites intestinaux. Ils ont tous accepté de ne prendre aucun médicament au cours de cette période. Il s'agissait de personnes de professions libérales et de leurs familles, le groupe comportant un nombre égal de sujets de sexe masculin et féminin.

There have been varying estimates of the prevalence of parasites in the Vietnamese population, some as high as 80%, but our volunteers showed 30% with one or more intestinal parasites. This lower figure was probably due to their socio-economic level and the possible loss of parasites since leaving Vietnam. Table 1 shows the percentage of volunteers infected over the two-month period, i.e. from month 5 to month 7 after leaving Vietnam.

Il y a eu des estimations variables de la fréquence des parasites de la population vietnamienne, certaines allant jusqu'à 80%, mais dans le groupe de volontaires 30% présentaient un parasite intestinal ou plus. Ce chiffre peu élevé était probablement dû à leur niveau socio-économique et à la perte possible des parasites depuis leur départ du Vietnam. Le Tableau 1 donne le pourcentage de volontaires infestés par des parasites au cours d'une période de deux mois s'étendant du 5^e au 7^e mois suivant leur départ du Vietnam.

Table 1/Tableau 1

Percentage of Vietnamese volunteers with intestinal parasites
Pourcentage de volontaires Vietnamiens porteurs de parasites intestinaux

| Parasite | Week (of months 5 to 7)/ Semaine (du 5 ^e au 7 ^e mois) | | | |
|----------------------------------|--|---|---|---|
| | 1 | 3 | 5 | 7 |
| <i>Giardia lamblia</i> | 10 | 9 | 5 | 6 |
| <i>Ascaris lumbricoides</i> | 6 | 8 | 7 | 6 |
| <i>Entamoeba histolytica</i> | 6 | 4 | 7 | 7 |
| <i>Entamoeba coli</i> | 3 | 4 | 0 | 3 |
| <i>Endolimax nana</i> | 3 | 0 | 2 | 0 |
| <i>Enterobius vermicularis</i> | 1 | 2 | 2 | 3 |
| <i>Trichuris trichiura</i> | 1 | 2 | 0 | 0 |
| <i>Strongyloides stercoralis</i> | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Hookworm/Ankylostome | 1 | 1 | 0 | 0 |

There are many medical problems surrounding situations such as this. For how long after entering Canada should medical surveillance and treatment be continued? We conclude that for these common parasites, according to the natural

De telles situations comportent de nombreux problèmes d'ordre médical. Pendant combien de temps après l'entrée au Canada, la surveillance médicale et le traitement doivent-ils être poursuivis? Dans le cas de ces parasites communs, et compte tenu du taux de perte naturelle observé

rate of loss we have observed in two months, the minimum period may be a year or more. We are not aware of new cases in the Canadian population which could be related to this introduction of infected persons from Vietnam. This supports our belief that parasites introduced in this way generally present a significant health hazard only to the immigrants themselves.

SOURCE: Dr. Neil A. Croll, National Reference Centre for Parasitology, Institute of Parasitology, Macdonald College, McGill University, and Dr. G.M. Faubert, Chef de Parasitologie, Ministère des Affaires Sociales, Section des Laboratoires, P.Q.

Historical Note

JEANNE MANCE

The first lay nurse to settle in New France, Jeanne Mance, was the founder of Montreal's Hôtel-Dieu Hospital and the co-founder of that city. Her numerous titles, the crowning of her achievements through a life of hard work, reveal a remarkable personality, one of the great figures of Canadian history.

Born on November 12, 1606, at Langres, in Champagne, France, Jeanne Mance was the second of a family of twelve children. Having lost her mother at the age of twenty she assumed, along with her elder sister, her father's support and took charge of her younger brothers' and sisters' education. As the children grew up Jeanne Mance had more time for charity work. It is very likely that during these years of benevolence she started her work as a nurse. After reading the publication "The Jesuit Relations" she considered dedicating her life to the settlers in New France. She became a member of the Société Notre-Dame de Montréal and, having secured financial support from Madame de Bullion, she embarked for the North American continent on May 9, 1641. Paul de Chomedey, sieur de Maisonneuve, was also aboard. It was the start of a great adventure: the foundation and consolidation of Ville-Marie; the creation and administration of a hospital under extremely perilous conditions; considerable undertakings; as well as hardships and a great deal of work on both sides of the Atlantic.

Jeanne Mance's first and foremost aim was to serve the "poor Indian and French sick people in the Settlement". The first lay nurse of this New World proved to be untiringly dedicated to the care of the sick and especially of wounded soldiers without thought of the side on which they served. Montreal's Hôtel-Dieu was founded in the fall of 1642, the year Jeanne Mance arrived at Ville-Marie. However, the hospital itself was not built until 1645. Constructed of wood, it was sixty feet long by twenty-four feet wide. In 1658 Jeanne Mance herself recruited nurses for her hospital, the Hospitalières de Saint-Joseph de La Flèche.

In addition to running the hospital, Jeanne Mance was the treasurer and manager of the Montreal settlement, to the survival of which she made great contributions. On three occasions her strong decisions saved not only Ville-Marie and

en deux mois, nous concluons que la période minimale peut être d'un an ou plus. À notre connaissance, aucun nouveau cas chez la population canadienne pouvant être lié à l'introduction de personnes infectées en provenance du Vietnam n'a été signalé. Ces constatations nous permettent de croire que ce mode d'introduction de parasites ne présente généralement de risques que pour les immigrants eux-mêmes.

SOURCE: Dr. Neil A. Croll, Centre national de référence pour les parasitoses, Institut de parasitologie, Collège Macdonald de l'Université McGill, et Dr. G.M. Faubert, Chef du service de Parasitologie, Ministère des Affaires Sociales, Section des Laboratoires, Québec.

Note historique

JEANNE MANCE

Jeanne Mance, première infirmière laïque à s'installer en Nouvelle-France, fut la fondatrice de l'Hôtel-Dieu de Montréal et la co-fondatrice de cette ville. Ses nombreux titres, couronnements des oeuvres de toute une vie de labeur, constituent le témoignage d'une personnalité remarquable, l'une des belles figures de l'histoire canadienne.

Née le 12 novembre 1606 à Langres en Champagne (France), Jeanne Mance était la deuxième d'une famille de douze enfants. Elle perdit sa mère à vingt ans et devint, aux côtés de sa soeur aînée, le soutien de son père et la responsable de l'éducation de ses jeunes frères et soeurs. Les enfants ont grandi et Jeanne Mance allait disposer de plus de temps pour vaquer aux oeuvres de charité. C'est tout probablement au cours de ces années de bienveillance que Jeanne Mance se dévoua pour la première fois comme garde-malade. Ce fut à la suite de la lecture des "Relations" qu'elle songea à consacrer sa vie aux colons de la Nouvelle-France. Elle devint membre de la Société Notre-Dame de Montréal et, assurée de l'appui financier de Madame de Bullion, elle s'embarqua pour l'Amérique le 9 mai 1641. Le sieur Paul de Chomedey de Maisonneuve était aussi de ce voyage. Le début d'une très grande aventure s'annonçait: la fondation et l'affermissement de Ville-Marie, la création et l'administration d'un hôpital dans des conditions extrêmement périlleuses, des travaux considérables, des peines et des démarches d'un côté et de l'autre de l'Atlantique.

Le but de Jeanne Mance était avant tout de servir "les pauvres malades Indiens et Français de la colonie". La première infirmière laïque en ce nouveau monde fit preuve d'un dévouement inlassable au chevet des malades et surtout des blessés de guerre, même ennemis. L'Hôtel-Dieu de Montréal fut fondé à l'automne 1642, année d'arrivée de Jeanne Mance à Ville-Marie. Toutefois, on ne construisit l'hôpital proprement dit qu'en 1645. Ce bâtiment en bois mesurait soixante pieds de long sur vingt-quatre de large. Jeanne Mance s'occupa elle-même, en 1658, du recrutement des infirmières pour son hôpital, en l'occurrence les Hospitalières de Saint-Joseph de La Flèche.

Outre sa tâche d'hospitalière, Jeanne Mance fut l'économe, la gérante de la colonie montréalaise dont elle contribua à assurer la survivance. En effet, à trois reprises, ses énergiques décisions ont permis de sauvegarder non seulement Ville-Marie et son hôpital, mais aussi

its hospital but possibly the entire country. She did not hesitate to face rough ocean crossings in order to preserve the work so painstakingly undertaken. She went back to France either to reassure and regroup the Associates, to obtain reinforcements and capital, or to look after the takeover of the Hospital from the Société Notre-Dame by the Compagnie de Saint-Sulpice.

Jeanne Mance knew how to win the sympathy of the Ville-Marie inhabitants while taking an active part in the daily life of the settlement. On June 18, 1673, she died at the Hôtel-Dieu, the hospital she founded more than three decades earlier.

SOURCE: A Health and Welfare Canada News Release, March 16, 1976.

SEROLOGICAL TESTS FOR SYPHILIS - SASKATCHEWAN

Interpretation

These tests have a long history dating back to the classical Wassermann test first established at the turn of the century. Since then many variations and improved techniques have evolved. In the interest of simplicity, I will restrict comment to those two tests which are currently in use in this province, namely, the VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) and FTA-ABS (Fluorescent Treponemal Antibody-absorption).

VDRL: This is a screening non-specific test which identifies the presence of material called reagin produced in syphilis and sometimes in other conditions. If a positive reaction is obtained, then a quantitative test is also done. This is expressed as so many DILS. All positive sera are then tested by the FTA-ABS. NOTE: Specimens non-reactive to the VDRL will not be submitted to the FTA-ABS unless a special request is made.

The VDRL has the advantage that with adequate treatment, the quantitative reaction will decline, for example, perhaps from 1:128 to 1:16 in six months and more slowly thereafter to 1:1 or negative. Many patients will remain persistently positive at a weakly reactive or low titre permanently. It, therefore, serves to monitor the adequacy of treatment.

Sometimes in acute infectious syphilis immediately after treatment, the titre will rise due to the release of antigenic material by the lethal effect of penicillin on the numerous spirochaetes.

FTA-ABS: This is a highly specific confirmatory test and once positive will remain so for the rest of the patient's life or at least for 30 to 40 years. It is, therefore, of no value in monitoring the effectiveness of treatment.

False Biological Positive Results: These are usually temporary, of low titre, and not supported by clinical or epidemiological evidence of infection. Some, however, are permanent.

le Canada tout entier. Elle n'hésita pas à affronter les difficultés de la traversée pour préserver l'oeuvre laborieusement commencée. Elle alla donc en France tantôt pour rassurer et regrouper les Associés, tantôt pour obtenir du renfort et des capitaux ou encore pour veiller à la substitution de la Compagnie de Saint-Sulpice à la Société Notre-Dame.

Jeanne Mance avait su retenir la sympathie des habitants de Ville-Marie alors qu'elle participait activement à la vie quotidienne de la colonie. Le 18 juin 1673, elle mourut à l'Hôtel-Dieu, l'hôpital qu'elle avait fondé quelque trente ans auparavant.

SOURCE: Un communiqué de Santé et Bien-être social Canada, 16 mars 1976.

ÉPREUVES SÉROLOGIQUES POUR LA SYPHILIS - SASKATCHEWAN

Interprétation

Ces épreuves ont une longue histoire qui remonte à l'introduction de l'épreuve classique de Wassermann vers la fin du siècle dernier. Depuis cette époque, de nombreuses variations et améliorations techniques ont été apportées. Dans un but de simplification, je restreindrai mes observations aux deux épreuves qui sont actuellement en usage dans cette province, c'est-à-dire le VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) et le FTA-ABS (Épreuve des anticorps tréponémiques fluorescents-absorption).

VDRL: Il s'agit d'une épreuve de dépistage non spécifique qui permet de déceler la présence d'une substance appelée réagine produite dans des cas de syphilis et parfois dans d'autres cas. Si la réaction est positive on procède également à une épreuve quantitative. Les résultats sont exprimés en unités DILS. Tous les sérums positifs subissent alors l'épreuve du FTA-ABS. NOTE: Les spécimens qui ne réagissent pas au VDRL ne subissent pas le test du FTA-ABS sauf en cas de demande expresse.

Le VDRL présente l'avantage suivant: avec un traitement approprié, la réaction quantitative diminue et passe par exemple de 1:128 à 1:16 en six mois; au-delà de cette période, elle décroît plus lentement, atteint 1:1 et peut devenir négative. Un grand nombre de patients resteront positifs et présenteront, en permanence, une réaction faible ou un taux faible. Cette épreuve sert donc à contrôler l'efficacité du traitement.

Dans les cas de syphilis infectieuse aiguë, on assiste quelquefois, immédiatement après le début du traitement, à une élévation du taux provoquée par la libération d'antigènes due à la destruction des nombreux spirochètes par la pénicilline.

FTA-ABS: Il s'agit d'une épreuve de confirmation d'une haute spécificité qui reste positive pour le reste de la vie du patient ou pendant au moins 30 à 40 ans. Elle ne présente donc aucun intérêt pour le contrôle de l'efficacité d'un traitement.

Resultats Biologiques Faussement Positifs: Ils sont généralement temporaires, leur taux est bas et ils ne correspondent pas aux signes cliniques et épidémiologiques de l'infection. Toutefois, certains résultats sont permanents.

They commonly occur in pregnancy, or following immunization, or other infections, such as, malaria or measles. Auto-immune diseases, particularly SLE may show permanent FBP reactions.

Other non-syphilitic trepanematoses, such as, yaws, pinta, and bejel will give identical reactions. These diseases are or were common in Tropical Africa, the Caribbean, and in South American countries.

SOURCE: Dr. W.G. Davidson, Provincial Epidemiologist, Saskatchewan.

International Notes

VENEREAL DISEASE AND CONTRACEPTIVE METHODS

A recent study in the United States has indicated that among 2,005 women attending a contraceptive clinic, 9.3% were found to have gonorrhoea. When classified by type of contraceptives 11.5%, intrauterine devices 9.9%, barrier methods (condom, diaphragm, foam) 4.2%. These differences indicate that the additional protective advantage of barrier methods should be considered when selecting appropriate methods of contraception.

SOURCE: British Journal of Venereal Diseases, Volume 51, No. 5, page 307, 1975.

LONDON HEALTH UNIT PARTICIPATES IN BLOOD PRESSURE SCREENING CLINIC

More than 350 persons had their blood pressure checked at a screening clinic held in November 1975 at a local mall sponsored by the Middlesex-London District Health Unit in cooperation with the London Chapter of the Ontario Heart Foundation. The clinic was designed for public education as well as to identify persons with high blood pressure and to refer them to their own physicians.

Health unit nurses took the blood pressure readings and counselled individuals on the topic. The Heart Foundation volunteers did a follow-up on the 50 persons referred to their physicians. Another public clinic was planned for early in 1976.

SOURCE: Bulletin, Ministry of Health, Ontario, December 1975.

This Report presents current epidemiological and statistical information on infectious and other diseases and is available free of charge upon request. Contributions are welcome from anyone working in the health field and will not preclude publication elsewhere.

Send reports to the Editor:

Dr. F.M.M. White, Bureau of Epidemiology,
Laboratory Centre for Disease Control,
Tunney's Pasture,
Ottawa, Ontario, Canada K1A 0L2

Assistant Editor: E. Paulson

Ils sont courants au cours de la grossesse, à la suite d'une immunisation ou d'infections telles que le paludisme ou la rougeole. Les maladies auto-immunes, particulièrement l'encéphalite de St-Louis, peuvent donner des réactions biologiques faussement positives.

D'autres tréponématoses non syphilitiques telles que la pian, la pinta et la bejel donnent des réactions identiques. Ces maladies ont été ou sont encore répandues en Afrique tropicale, dans les Caraïbes et les pays d'Amérique du Sud.

SOURCE: Dr. W.G. Davidson, épidémiologiste provincial, Saskatchewan.

Notes internationales

MALADIES VÉNÉRIENNES ET MÉTHODES ANTICONCEPTIONNELLES

Une étude récente effectuée aux États-Unis a montré que sur 2 005 femmes ayant rendu visite à un centre de planification familiale, 9,3% étaient atteintes de blennorragie. La classification par type de moyen anticonceptionnel utilisé a permis d'établir les taux de fréquence suivants: anticonceptionnels oraux 11,5%, dispositifs intra-utérins 9,9%, méthodes traditionnelles de protection mécanique (préservatifs, diaphragmes, mousse) 4,2%. Ces variations montrent que l'avantage de la protection supplémentaire offerte par ces dernières méthodes devrait être pris en considération lors du choix d'une méthode appropriée de contraception.

SOURCE: British Journal of Venereal Diseases, Volume 51, No. 5, page 307, 1975.

UN BUREAU DE SANTÉ DE LONDON PARTICIPE À UNE SÉANCE DE DÉPISTAGE DE L'HYPERTENSION

La tension artérielle de plus de 350 personnes a été mesurée en novembre 1975 au cours d'une séance de dépistage organisée dans un centre commercial sous l'égide du Bureau de santé du district de Middlesex-London en collaboration avec la Fondation du cœur de l'Ontario (section London). Il s'agissait d'une mesure d'éducation publique, qui permettait en même temps de dépister les personnes ayant une tension artérielle élevée et de les inciter à consulter leur médecin.

Ce sont les infirmières du Bureau de santé qui ont pris la tension artérielle et ont donné les conseils appropriés. Des volontaires de la Fondation du cœur ont suivi les 50 personnes qui avaient été adressées à leur médecin personnel. Une autre séance de dépistage était prévue pour le début de 1976.

SOURCE: Bulletin, Ministère ontarien de la Santé, décembre 1975.

Le présent Rapport présente les données épidémiologiques et statistiques courantes sur les infections et autres maladies et peut être obtenu gratuitement sur demande. Toute personne oeuvrant dans le domaine de la santé est invitée à collaborer, et la publication d'un article dans le Rapport n'en empêche pas la publication ailleurs.

Prière d'envoyer les rapports au Rédacteur en chef:

Dr F.M.M. White, Bureau de l'épidémiologie,
Centre de lutte contre la maladie,
Parc Tunney,
Ottawa (Ontario) Canada K1A 0L2

Rédacteur en chef adjoint: E. Paulson