

AFRICAN TICK TYPHUS

UNITED KINGDOM — The patient was a white girl aged 10 years who lives in Nigeria and was visiting the United Kingdom. Three days after her arrival she developed an influenza-like illness with headache, limb pains and cough. Two days later a blotchy red rash appeared which was most marked on her shoulders and upper thighs although a few blotches were also seen on her face, trunk and extremities. There were no intestinal, meningeal or urinary symptoms, her temperature was 39°C and pulse rate 110-120/min. She did not complain of sore throat but there was a blotchy redness of the soft palate which did not extend to the fauces or tonsils.

Laboratory investigations gave the following results: Hb 80%, white cell count 6,000/c mm (polymorphs 66%, lymphocytes 27%, monocytes 7%), Paul-Bunnell test negative, no malaria parasites seen, routine virological complement-fixation tests were negative. Paired sera taken on the 7th and 17th days of illness showed an eight-fold increase in agglutination titre for *Proteus* OX-19. Tests for antibody to epidemic typhus soluble antigen were negative, but an increase in antibody titre against Rocky Mountain spotted fever group soluble antigen from less than 1/10 to 1/160 was found. Antibody to tick typhus in all parts of the world reacts with this group antigen.

The patient's temperature and symptoms settled without treatment within four to five days of onset, but the slowly fading rash persisted for three to four weeks.

(Based on — D'après *Public Health Laboratory Service and British Medical Journal*, 1971, Vol 1, p. 240.)

VACCINATION CERTIFICATE REQUIREMENTS FOR INTERNATIONAL TRAVEL

Amendment to 1971 publication

Burundi

Delete the note concerning Cholera — Supprimer la note concernant le cholera.

FIÈVRE À TIQUES AFRICAINE

ROYAUME-UNI — Les observations concernent une fillette de race blanche âgée de 10 ans, habitant le Nigeria et en visite au Royaume-Uni. Trois jours après son arrivée, elle a présenté une atteinte d'allure grippale avec maux de tête, douleurs dans les membres et toux. Deux jours après est apparue une éruption de taches rouges principalement localisées aux épaules et à la partie supérieure des cuisses, mais quelques-unes ont été aussi observées sur le visage, le tronc et les extrémités. On a noté en outre l'absence de symptômes intestinaux, méninges ou urinaires, la température était de 39° C et le pouls de 110-120/min. L'enfant ne se plaignait pas de la gorge, malgré la présence de taches rouges au niveau du voile du palais mais n'intéressant ni le pharynx ni les amygdales.

Les examens de laboratoire ont donné les résultats suivants: Hb 80%, globules blancs 6 000/mm³ (polynucléaires 66%, lymphocytes 27%, monocytes 7%), test de Paul Bunnell négatif, absence de plasmodiums; tests virologiques courants de fixation du complément négatifs. Des sérums couplés prélevés le 7^e et le 17^e jours de la maladie ont indiqué une élévation (8 fois) du titre d'agglutination pour *Proteus* OX-19. Les épreuves pour la recherche d'anticorps contre l'antigène soluble du typhus épidémique ont été négatives, mais le titre d'anticorps anti-antigène soluble du groupe de la fièvre pourpre des Montagnes Rocheuses avait passé de moins de 1/10 à 1/160. Les anticorps contre les fièvres à tiques de toutes les parties du monde réagissent avec ce groupe d'antigènes.

Les symptômes ont disparu et la température est revenue à la normale sans traitement quatre ou cinq jours après l'apparition de la maladie, mais l'éruption ne s'est effacée que lentement, persistant pendant trois à quatre semaines.

CERTIFICATS DE VACCINATION EXIGÉS DANS LES VOYAGES INTERNATIONAUX

Amendement à la publication de 1971