

MALARIA

UNITED KINGDOM. — The number of overt cases of malaria reported during 1973 by the Public Health Laboratory Service and other sources in the United Kingdom was 541. In comparison with the two previous years for which reliable data are available (261 cases in 1971;¹ 336 cases in 1972),² the increase in the incidence of malaria has been considerable, though some of this can be ascribed to an improved system of reporting. With the exception of one relapse of a previous infection and one case of congenital malaria (both due to *Plasmodium vivax*), all cases of malaria were imported from abroad.

The circumstances of acquired infection in 441 persons from whom the relevant information was obtained indicate that again the highest proportion of cases (54%) was in short-term visitors to malarious countries. Among these, tourists represent numerically the most important group. This indicates that proper malaria prophylaxis is frequently ignored by visitors to malarious areas. The second most frequent occurrence of imported malaria (23%) is seen in immigrants from overseas.

¹ See No. 47, 1972, pp. 462-463.

² See No. 9, pp. 73-74.

PALUDISME

ROYAUME-UNI. — Le nombre des cas patents de paludisme signalés en 1973 au Royaume-Uni par le *Public Health Laboratory Service* ou par d'autres sources a été de 541. Par rapport aux deux années précédentes pour lesquelles on dispose de données fiables (261 cas en 1971;¹ 336 cas en 1972),² l'accroissement de l'incidence a été considérable mais il peut être attribué pour une part à une amélioration de la notification. Exception faite d'une rechute et d'un cas de paludisme congénital (ces deux infections étant dues à *Plasmodium vivax*), tous les cas ont été importés de l'étranger.

Pour 441 personnes, on possède des renseignements sur les circonstances dans lesquelles l'infection a été contractée. De nouveau, la proportion la plus forte de malades (54%) est représentée par des gens ayant fait de courts séjours dans des pays impaludés. Parmi eux, le groupe numériquement le plus important est celui des touristes. Cela indique que les personnes qui se rendent dans des zones impaludées négligent souvent la prophylaxie antipaludique appropriée. Au deuxième rang (23%) se classent les immigrants venus d'outre-mer.

¹ Voir N° 47, 1972, pp. 462-463.

² Voir N° 9, pp. 73-74.

Table 1. Malaria: Time-Interval Between Return to the United Kingdom and Onset, United Kingdom, 1973
Tableau 1. Paludisme: Temps écoulé entre le retour au Royaume-Uni et l'apparition de la maladie, Royaume-Uni, 1973

	<i>P. falciparum</i>	<i>P. vivax</i>	<i>P. ovale</i>	<i>P. malariae</i>	Mixed infections Infections mixtes			Not stated Non précisé	All types Total
					<i>Pv/Pm</i>	<i>Pf/Pv</i>	<i>Pm/Pf</i>		
One month, or less	118	117	3	10	8	2	2	6	266
Un mois ou moins									
1-5 months — mois	12	86	7	5	2	1	—	3	116
6-11 months — mois	1	57	1	1	1	2	—	2	65
1 year or more	—	6	1	2	—	—	—	—	9
1 an ou davantage									
Not stated — Non précisé	14	43	1	3	—	1	—	23	85
TOTAL	145	309	13	21	6	2	32	34	541

Epidemiological notes contained in this number:

Cholera, Influenza, Malaria, Psittacosis, Rabies Surveillance, Salmonella.

List of Newly Infected Areas, p. 324.

Informations épidémiologiques contenues dans ce numéro:

Choléra, grippe, paludisme, psittacose, salmonelloses, surveillance de la rage.

Liste des zones nouvellement infectées, p. 324.

In both groups *P. vivax* is more common than *P. falciparum* (64% and 22% respectively). On the other hand, in long-term residents abroad *P. falciparum* is almost as common (38%) as *P. vivax* (44%). This group comprises mainly missionaries, teachers and voluntary workers overseas, most of whom work in Africa.

During 1973 five deaths were reported. All were due to *P. falciparum* infection, and all conformed to the usual pattern of delayed diagnosis of febrile symptoms after return from tropical Africa and of inadequate treatment. One case history is of particular interest.

A business executive travelled in various countries in Africa for a month; on his return to Europe he stopped in Paris for a few days. He felt unwell and took paracetamol for persistent headaches. On his arrival in London on 24 December, on the fifth day of his illness, he saw his general practitioner who diagnosed a "viral infection" and prescribed ampicillin. Five days later the patient was admitted to hospital with a fever of 40 C rigors, dyspnoea and diarrhoea. Blood examination showed a heavy infection with *P. falciparum*. In spite of immediate treatment the patient died a few hours after his admission, having had several cardiac arrests. In this case, as in the other four, the interval between the onset of illness and the diagnosis of malaria was five to ten days.

In 520 reported cases of imported malaria, reliable information about the country of origin of infection was available. Of 294 infections with vivax malaria, 53 (18%) were from Africa, 212 (72%) from Asia (mainly India and Pakistan) and the remainder from New Guinea, South America and elsewhere. Of 144 infections with falciparum malaria, 95% were acquired in Africa. There were also 21 infections with *P. malariae*, 13 infections with *P. ovale* and 19 mixed infections with *P. vivax* and *P. malariae*.

One patient with presumed congenital malaria was an Indian child, born in the United Kingdom soon after the mother's return from a visit to her country of origin. The child was seen by a doctor because of poor gain in weight and pallor. The spleen and liver were enlarged. *P. vivax* was seen in the child's blood and very scanty gametocytes of this species were also found in the mother's blood.

Table 1 shows the time interval between the return to this country from overseas and the onset of clinical malaria as reported in 456 cases. In *P. falciparum* infections, symptoms tend to appear soon after arrival from endemic areas because they are more easily prevented by the use of drug prophylaxis than *P. vivax* infection. Thus *P. falciparum* infections can be cured if suppressive therapy lasts for some time. This is one important reason for continuing to take drugs for malaria prophylaxis for at least one month after returning from an epidemic area.

Chez les malades des catégories ci-dessus, *P. vivax* se rencontre plus souvent que *P. falciparum* (respectivement 64% et 22%). Par contre, dans le groupe des personnes ayant résidé longtemps à l'étranger, *P. falciparum* est presque aussi fréquent (38%) que *P. vivax* (44%). Ce groupe comprend principalement des missionnaires, des enseignants et des coopérants bénévoles dont la plupart travaillent en Afrique.

Cinq décès ont été signalés en 1973. Tous ont été dus à *P. falciparum* et pour chacun on retrouve le même schéma: symptômes fébriles au retour d'Afrique tropicale, diagnostic tardif et traitement inadéquat. Les détails concernant l'un d'eux sont particulièrement intéressants à noter.

Un cadre supérieur d'une maison de commerce avait voyagé pendant un mois dans divers pays d'Afrique. Revenant en Europe, il s'arrêta quelques jours à Paris. Il ne se sentait pas bien et prit du paracétamol pour combattre une céphalée persistante. A son arrivée à Londres, le 24 décembre, cinquième jour de sa maladie, il vit son médecin qui diagnostiqua une « infection virale » et prescrivit de l'ampicilline. Cinq jours plus tard, le malade fut hospitalisé; il avait une température de 40 C, des frissons, de la dyspnée et de la diarrhée. L'examen hématologique révéla une forte infection à *P. falciparum*. Malgré un traitement immédiat, le malade mourut quelques heures après son admission, ayant eu plusieurs arrêts cardiaques. Dans ce cas comme dans les quatre autres, le temps écoulé entre le début de la maladie et le diagnostic de paludisme a été de cinq à dix jours.

Pour 520 cas notifiés de paludisme importé, on dispose de renseignements fiables sur le pays d'origine de l'infection. Sur 294 infections à *P. vivax*, 53 (18%) ont été contractées en Afrique, 212 (72%) en Asie (surtout en Inde et au Pakistan) et les autres en Nouvelle-Guinée, en Amérique du Sud ou ailleurs. Sur 144 infections à *P. falciparum*, 95% ont été contractées en Afrique. Il y a eu aussi 21 infections à *P. malariae*, 13 infections à *P. ovale* et 19 infections mixtes à *P. vivax* et *P. malariae*.

Le malade présumé atteint de paludisme congénital était un enfant indien, né au Royaume-Uni peu après que sa mère fut revenue d'un voyage dans son pays d'origine. Comme l'enfant ne prenait guère de poids et paraissait pâlot, un médecin a été consulté. La rate et le foie étaient hypertrophiés. *P. vivax* a été observé dans le sang de l'enfant et de rares gamétocytes de cette espèce ont été trouvés dans le sang de la mère.

Le Tableau 1 résume les indications données quant au temps écoulé entre le retour au Royaume-Uni et le début de la maladie clinique pour 456 cas. Dans les infections à *P. falciparum*, les symptômes ont tendance à apparaître peu après le retour parce qu'ils sont plus facilement prévenus par la chimioprophylaxie que ceux des infections à *P. vivax*. Les infections à *P. falciparum* peuvent donc être guéries si le traitement suppressif dure quelque temps. C'est là une raison importante de continuer à prendre des médicaments antipaludiques pendant un mois au moins après être revenu d'une zone d'endémicité.