

*Ce rapport exprime les vues collectives d'un groupe international d'experts et ne représente pas nécessairement les décisions ou la politique officiellement adoptées par l'Organisation Mondiale de la Santé.*

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

SÉRIE DE RAPPORTS TECHNIQUES

N° 59

## COMITÉ D'EXPERTS DU TRACHOME

### Premier rapport

	Pages
Mandat . . . . .	3
1. Chimiothérapie du trachome . . . . .	4
2. Méthodes de lutte contre le trachome applicables dans les pays insuffisamment développés . . . . .	6
3. Prophylaxie du trachome dans les relations internationales .	10
4. Observations sur la coopération internationale dans le domaine de la recherche en matière de trachome . . . . .	13
5. Classification du trachome . . . . .	15
6. Divers . . . . .	18
Annexe 1. Problèmes pouvant faire l'objet de recherches coordonnées sur le plan international . . . . .	19
Annexe 2. Problèmes pouvant faire l'objet de recherches individuelles . . . . .	21

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

PALAIS DES NATIONS

GENÈVE

SEPTEMBRE 1952

## COMITÉ D'EXPERTS DU TRACHOME

### Première session

Genève, 3-8 mars 1952

#### Membres :

- Professeur G. B. Bietti, Directeur de la Clinique ophtalmologique de l'Université de Parme, Italie (*Président*)
- D<sup>r</sup> A. F. El Tobgy Bey, Professeur d'Ophtalmologie à l'Université Fouad I<sup>er</sup>, Le Caire, Egypte
- D<sup>r</sup> F. Maxwell Lyons, Directeur du Memorial Ophthalmic Laboratory, Le Caire, Egypte
- D<sup>r</sup> Y. Mitsui, Professeur adjoint d'Ophtalmologie à l'Ecole de Médecine de l'Université de Kumamoto, Japon (*Vice-Président*)
- D<sup>r</sup> H. Moutinho, Directeur de la Clinique ophtalmologique de l'Hospital Militar Principal et de l'Hospital do Ultramar, Lisbonne, Portugal (*Rapporteur*)
- D<sup>r</sup> R. Nataf, Ophtalmologiste des Hôpitaux de Tunis; Membre associé de l'Institut Pasteur de Tunis, Tunisie
- D<sup>r</sup> R. Pagès, Médecin spécialiste des Hôpitaux du Maroc; Médecin-Chef du Centre d'Ophtalmologie et de Trachomatologie expérimentale de Salé, Rabat, Maroc
- D<sup>r</sup> P. Thygeson, Clinical Professor of Ophthalmology, School of Medicine, University of California Medical Center, San Francisco, Calif., Etats-Unis d'Amérique (*Vice-Président et Rapporteur*)

#### Observateur :

- D<sup>r</sup> A. Grut, Chef de la Division de l'Hygiène industrielle, BIT

#### Secrétariat :

- D<sup>r</sup> M. J. Freyche, Chef de la Section des Informations épidémiologiques, OMS (*Secrétaire*)
- D<sup>r</sup> S. S. Sokhey, Sous-Directeur général, Département des Services techniques centraux, OMS
- D<sup>r</sup> Y. Biraud, Directeur de la Division des Services épidémiologiques, OMS
- D<sup>r</sup> W. Bonne, Directeur p. i. de la Division des Services des Maladies transmissibles, OMS
- Mr. R. N. Clark, Directeur p. i. de la Division de l'Assainissement, OMS
- Miss H. Martikainen, Chef de la Section de l'Education sanitaire du Public, OMS
- D<sup>r</sup> L. H. Murray, Chef de la Section de la Quarantaine internationale, OMS
- D<sup>r</sup> J. Vesely, Chef de la Section des Bourses d'études, OMS

Le rapport sur la première session de ce comité a paru primitivement sous forme de document polycopié (WHO/Trachoma/32), en date du 8 mars 1952.

## COMITÉ D'EXPERTS DU TRACHOME

### Premier rapport <sup>1</sup>

Le Comité d'experts du Trachome a tenu sa première session à Genève, du 3 au 8 mars 1952.<sup>2</sup>

En l'absence du D<sup>r</sup> Brock Chisholm, Directeur général de l'Organisation Mondiale de la Santé, la session a été ouverte par le D<sup>r</sup> P. Dorolle, Directeur général par intérim, qui a esquissé les procédures administratives ayant conduit à l'établissement de ce comité et qui a défini son mandat.

Le Professeur G. B. Bietti et les Professeurs P. Thygeson et Y. Mitsui ont été élus, à l'unanimité, respectivement Président et Vice-Présidents. Les fonctions de Rapporteur ont été confiées au D<sup>r</sup> H. Moutinho et au Professeur P. Thygeson.

L'ordre du jour soumis par le Directeur général a été approuvé et adopté.

### Mandat

Le comité a noté que son mandat, tel qu'il a été défini par les Troisième et Quatrième Assemblées Mondiales de la Santé, consistait à « examiner le problème du trachome en vue de soumettre des recommandations pratiques » au sujet de « la possibilité de parvenir à l'éradication de la

<sup>1</sup> Au cours de sa dixième session, le Conseil Exécutif a adopté la résolution suivante :

Le Conseil Exécutif

1. PREND ACTE du premier rapport du Comité d'experts du Trachome ;
2. REMERCIE les membres du comité du travail qu'ils ont accompli ;
3. RECONNAÎT qu'il n'existe pas, pour l'instant, de règlement international concernant la prophylaxie du trachome dans les relations internationales ;
4. DÉCIDE de renvoyer ledit rapport au Comité de la Quarantaine internationale afin qu'il étudie, du point de vue pratique, la section 3 qui traite de la « Prophylaxie du trachome dans les relations internationales » ;
5. AUTORISE la publication du rapport.

(Résolution EB10.R15, *Actes off. Org. mond. Santé*, 43, 5)

<sup>2</sup> Cette session a été précédée, en octobre 1948, par une réunion du Groupe mixte d'étude OIHP/OMS sur le Trachome, qui s'est tenue à l'Office International d'Hygiène Publique, à Paris (voir *Actes off. Org. mond. Santé*, 19, 27).

maladie par l'application des méthodes modernes de lutte»,<sup>3</sup> et, tenant compte du fait que, « dans un grand nombre de pays, le trachome et les ophtalmies apparentées posent un problème sanitaire urgent », à définir des « mesures de prévention efficaces contre ces maladies », sur le plan international.<sup>4</sup>

## 1. Chimiothérapie du trachome

### 1.1 Introduction

1.1.1 Le Comité d'experts du Trachome, se fondant tant sur l'expérience personnelle de chacun de ses membres que sur le résultat des études entreprises depuis dix-huit mois sous l'égide de l'OMS et sur le traitement de plusieurs milliers de patients, estime que le trachome est curable dans la majorité des cas par la chimio- et l'antibiothérapie. Les formes cliniques de la maladie, aiguës ou chroniques, sont très diverses. Cependant, les moyens thérapeutiques qui seront décrits ci-après permettent de combattre cette affection avec toutes chances de succès. Ces moyens ont, par ailleurs, l'avantage d'agir très efficacement sur d'autres affections oculaires à inclusions, comme d'ailleurs sur les infections associées et les conjonctivites épidémiques.

1.1.2 Le comité reconnaît que le traitement le plus efficace contre le trachome est, dans l'état actuel de nos connaissances, représenté par l'utilisation simultanée de certains antibiotiques et des sulfamides, les premiers étant administrés en applications locales, les seconds par voie digestive.

1.1.3 Un tel traitement mixte comporte la répétition fréquente (toutes les deux ou trois heures) de l'application des antibiotiques dans le sac conjonctival, associée à l'absorption d'une dose de 4 à 5 centigrammes de sulfamides par kilogramme de poids corporel et par jour ; cette absorption sera répartie en deux à quatre (de préférence) prises quotidiennes.

#### 1.1.4 Antibiotiques

1.1.4.1 L'auréomycine et la terramycine peuvent être considérées comme particulièrement actives sur l'agent causal de la maladie ; il a été reconnu que ces deux antibiotiques agissent également sur la plupart des affections citées ci-dessus.

1.1.4.2 Pour des raisons de commodité d'application, de conservation, de bonne diffusion dans le sac conjonctival et de prix, ces antibiotiques

<sup>3</sup> Résolution WHA3.22, *Actes off. Org. mond. Santé*, 28, 23

<sup>4</sup> Résolution WHA4.29, *Actes off. Org. mond. Santé*, 35, 27

devront être donnés en applications locales et, de préférence, sous forme de pommade<sup>5</sup> à 1 % au moins. Leur administration par voie générale n'est pas à conseiller.

1.1.4.3 Dans des cas particuliers (conjonctivites aiguës surajoutées, surinfections microbiennes), on pourra envisager l'association d'autres thérapeutiques.

#### 1.1.5 *Sulfamides*

Le comité a reconnu que les sulfamides sont actifs contre le trachome. Néanmoins, étant donné leurs propriétés toxiques et la variabilité des tolérances individuelles, il sera indiqué de recourir aux produits présentant la toxicité la plus faible : sel potassique et sodique de l'acide parasulfamido-phényl-azosalicylique, sulfacétamide, polysulfamides, diméthyl-sulfanilamido-isoxazol, etc. La voie de choix pour l'administration de ces produits est la voie buccale.

### 1.2 Traitement en série du trachome non compliqué

1.2.1 Etant donné les inconvénients ci-dessus cités de l'usage des sulfamides, étant donné aussi le prix relativement élevé de tout traitement de longue durée basé sur l'emploi de ces produits, le comité est d'avis que, dans toute thérapeutique en série, il importe d'en réserver l'emploi aux cas résistants aux antibiotiques.

#### 1.2.2 *Schéma d'une thérapeutique en série*

1.2.2.1 Si l'on met à part les manifestations aiguës du trachome et ses complications cornéennes (néo-vaisseaux, infiltrations, ulcères), pour lesquelles des traitements de courte durée seront en général suffisants, ou lorsque, pour des raisons d'ordre local ou économique, le traitement mixte décrit ci-dessus (voir section 1.1.3) ne pourra être exécuté, la thérapeutique minimum dont le détail suit peut être appliquée avec l'espoir d'un pourcentage important de guérisons :

a) Application de pommade à l'auréomycine ou à la terramycine à 1 %, quatre fois par jour, pendant une durée de deux mois, sans interruption.

b) Evaluation des résultats et sélection des cas résistants.

c) Pour les cas résistants seuls, institution d'une thérapeutique mixte : le traitement local étant poursuivi sans interruption, un des sulfamides mentionnés plus haut sera donné par voie buccale à la dose de 4 à 5 centigrammes par jour et par kilogramme de poids corporel. Cette quantité sera répartie en au moins deux prises par jour et devra être d'autant plus

<sup>5</sup> Les solutions manquent actuellement de stabilité.

élevée que le nombre de ces prises sera plus faible. Les prises seront réparties aussi régulièrement que possible au cours des 24 heures et seront poursuivies pendant trois semaines consécutives. Les précautions d'usage seront prises en ce qui concerne le dépistage des réactions individuelles parmi les sujets traités.

d) Selon l'évolution du tableau clinique, et sauf guérison, une deuxième et même une troisième cure de sulfamides semblables à la première seront instituées, chacune d'elles étant séparée de la précédente par une période de repos de dix jours.

1.2.2.2 L'application locale des antibiotiques sera, dans toute la mesure du possible, poursuivie pendant toute la durée des traitements aux sulfamides, ainsi que pendant les périodes intercalaires.

### 1.3 Chirurgie et desquamatifs chimiques

1.3.1 Le comité considère qu'au fur et à mesure que des traitements médicaux de plus en plus actifs sont à la disposition des ophtalmologistes pour le traitement du trachome, l'adjonction de traitements mécaniques devient de moins en moins nécessaire. Néanmoins, dans certains cas, une expression très légère et non traumatisante des follicules mous qui ont tendance à s'ouvrir spontanément est admissible, de même que des badiageonnages de la conjonctive à l'aide de solutions légèrement caustiques (par exemple, nitrate d'argent à 1 % ou à 2 %, sulfate de cuivre, etc.), ou l'instillation de ces solutions dans le sac conjonctival.

1.3.2 Ces thérapeutiques doivent désormais être considérées comme complémentaires du traitement purement médical et n'apparaissent comme justifiées que dans un nombre limité de cas dans lesquels elles sont susceptibles d'accélérer la guérison. Elles nécessitent en tout cas des circonstances particulières (existence d'un armement sanitaire suffisant, d'un personnel médical assez nombreux, etc.) et peuvent être abandonnées sans inconvénient majeur dans les thérapeutiques en série.

1.3.3 Il va sans dire que les séquelles cicatricielles du trachome (trichiasis, entropion, leucome cornéen, etc.) restent justiciables d'autres traitements (chirurgical, etc.).

## 2. Méthodes de lutte contre le trachome applicables dans les pays insuffisamment développés

### 2.1 Principes directeurs

2.1.1 La lutte contre le trachome doit être dirigée non seulement contre le trachome lui-même, mais aussi contre les affections apparentées, les infections associées et les conjonctivites épidémiques. En conséquence,

dans la présente section du rapport, le terme « trachome » signifiera l'ensemble de ces maladies oculaires.

2.1.2 Les principes directeurs de la lutte contre le trachome comprennent :

- a) le dépistage et le traitement des malades ;
- b) une action éducative sanitaire rationnelle adaptée aux conditions du pays ;
- c) la destruction des agents vecteurs possibles, et d'autres formes d'assainissement du milieu.

2.1.3 Ces diverses actions ont toutes une valeur prophylactique.

2.1.4 Le coût de la lutte contre le trachome est relativement faible, en raison du prix modéré des médicaments qu'elle nécessite, malgré l'abondance du personnel qu'elle exige. Pour la collectivité, ce coût est très rapidement et largement compensé par la valeur économique considérable de la récupération des travailleurs qu'elle entraîne.<sup>6</sup>

## 2.2 Organisation générale

Le comité estime que l'action contre le trachome comporte les trois éléments suivants :

- 1) une législation appropriée ;
- 2) l'éducation sanitaire des populations ;
- 3) une lutte spécialisée.

### 2.2.1 Législation

La législation doit être adaptée au degré de développement économique, social, culturel et administratif du pays. Elle doit fournir une base légale à l'organisation de la lutte contre le trachome sous ses diverses formes.

### 2.2.2 Education sanitaire des populations

2.2.2.1 Le comité estime que l'éducation sanitaire a une très grande importance pour la prophylaxie de l'affection. Elle doit être poussée aussi loin que possible par tous les moyens disponibles et par les techniques de propagande modernes adaptées aux conditions locales. Le corps enseignant y sera intéressé et intimement associé. Elle doit aboutir à un sentiment de responsabilité collective et individuelle en ce qui concerne la lutte contre le trachome.

2.2.2.2 L'effort éducatif doit faire ressortir les dangers et les conséquences funestes du trachome, tant individuelles que familiales, sociales et nationales.

---

<sup>6</sup> En Tunisie, par exemple, pays de trois millions et demi d'habitants, le trachome et les autres affections oculaires font perdre environ 25 millions de journées de travail par an.

Il doit inciter le malade à se faire soigner, lui et les siens, en lui représentant que le traitement est à la fois accessible et efficace.

### 2.2.3 Organisation de la lutte spécialisée

2.2.3.1 Le comité estime qu'une lutte rationnelle contre le trachome devrait comporter l'existence d'un réseau d'installations permanentes, fixes et mobiles, réparties sur l'ensemble du territoire d'endémicité trachomateuse.

2.2.3.2 Ce réseau doit être dirigé techniquement par un organisme central : un institut du trachome et des maladies oculaires. Ce centre sera un organe de coordination, un centre d'études, de recherches scientifiques et d'enseignement. Il comportera des services de consultations, de soins et d'hospitalisation.

2.2.3.3 Le réseau d'institutions locales comportera, dans les agglomérations, des services hospitaliers et des dispensaires, spécialisés ou polyvalents suivant les besoins locaux ; pour les régions rurales, il sera nécessaire de prévoir des formations mobiles spécialement outillées.

2.2.3.4 Les institutions hospitalières et les dispensaires ophtalmologiques doivent être confiés à un personnel médical ayant reçu une formation ophtalmologique adéquate. Outre ce personnel médical proprement dit, la lutte contre les affections oculaires utilisera, dans toute la mesure du possible, un personnel infirmier (infirmiers, infirmières, infirmières visiteuses, assistantes sociales, etc.) possédant une formation ophtalmologique ajoutée à sa formation générale et adaptée à ses fonctions. On fera également appel à des instituteurs et institutrices qui auront reçu une formation élémentaire mais pratique en ophtalmologie. De même, toute personne possédant une instruction suffisante et ayant reçu une formation ophtalmologique élémentaire pourra utilement contribuer à la lutte.

2.2.3.5 Le réseau des institutions de lutte contre le trachome et les autres affections oculaires devra être développé de façon progressive, couvrant tout d'abord efficacement une région choisie à cet effet. Cette région sera élargie progressivement au fur et à mesure des possibilités de réalisation. Dans l'établissement du réseau, qu'il s'agisse de la région initialement choisie ou de celles où l'organisation s'étendra par la suite, il y aura lieu d'utiliser pleinement les institutions existantes et leurs possibilités d'adaptation et de développement.

2.2.3.6 Le développement des services ophtalmologiques devra se faire en parfaites coordination et coopération avec les autres services de santé publique. Cette coordination doit permettre, le cas échéant, l'adaptation à d'autres fins des services ophtalmologiques en cas d'évolution favorable de l'endémicité des affections oculaires.

### **2.3 Campagnes de grande envergure**

2.3.1 Le comité reconnaît l'efficacité des campagnes de grande envergure contre le trachome et les autres maladies oculaires contagieuses lorsque l'incidence de ces affections est élevée. Ces campagnes peuvent être entreprises sans qu'il existe préalablement un réseau complet d'institutions destinées à la lutte contre les affections oculaires, mais elles trouveront toute leur efficacité lorsqu'elles s'appuieront sur une organisation telle qu'elle a été décrite ci-dessus (voir section 2.2.3).

2.3.2 Ces campagnes ont pour but de diminuer l'importance des réservoirs d'infection et le nombre des malades dans des zones déterminées.

2.3.3 L'étendue de la zone dans laquelle s'effectuera la campagne dépendra des disponibilités en personnel et en matériel.

2.3.4 Pour assurer le succès de la campagne, on s'efforcera d'atteindre tous les malades, mais on portera un effort particulièrement grand sur l'enfance parce qu'elle est atteinte plus fréquemment que le reste de la population de formes contagieuses et plus aisément curables. On sait en effet que les jeunes sujets présentent des formes plus actives du trachome que les adultes, chez qui la cicatrisation est en général plus avancée. Si ces formes pouvaient être éliminées, les possibilités d'atteindre une réduction de l'incidence de la maladie seraient considérables.

2.3.5 Dans l'état actuel de la thérapie, de telles campagnes, pour être efficaces, requièrent une durée minimum de deux ans.

2.3.6 Toute campagne doit être suivie, à intervalles réguliers d'un an au minimum, par des sondages destinés à vérifier le maintien des résultats acquis et à déterminer le besoin de renouvellement éventuel des dites campagnes.

2.3.7 Il n'est pas nécessaire d'immobiliser sur place les équipes responsables. Les traitements commencés par elles peuvent, dans de nombreux cas, être continués par un personnel local (infirmiers, instituteurs, etc.) sous le contrôle périodique de l'équipe qui entreprend le circuit.

### **2.4 Lutte contre les vecteurs**

2.4.1 Il serait souhaitable que les campagnes comportent, outre le traitement des malades, la lutte contre les mouches et autres vecteurs possibles. Cependant, cette lutte entre dans le cadre de l'hygiène générale et de l'assainissement ; elle ne devrait pas s'effectuer aux dépens de l'action thérapeutique spécifique.

2.4.2 Le comité estime que la lutte contre les mouches est d'une réelle efficacité, au moins en ce qui concerne la prophylaxie des conjonctivites aiguës.

2.4.3 Il est recommandé que des études soient poursuivies à l'effet de déterminer, à côté de l'importance que les mouches présentent dans la dissémination des conjonctivites saisonnières, le rôle qu'elles sont susceptibles de jouer dans la propagation du trachome.

### 2.5 Vaccination contre les conjonctivites aiguës

Dans les pays où sévissent les conjonctivites épidémiques saisonnières à bacilles de Koch-Weeks, il serait désirable que soient repris les essais de vaccination contre ces infections.

## 3. Prophylaxie du trachome dans les relations internationales

3.1 Le comité tient, avant toute chose, à affirmer que, dans l'état actuel de nos connaissances, le trachome doit être considéré comme une affection en général faiblement contagieuse.

3.2 Le comité estime nécessaire de différencier nettement, tant dans la législation sanitaire internationale que dans les législations nationales, les mesures applicables aux voyageurs en transit d'une part et aux immigrants d'autre part. Il serait souhaitable que les mesures applicables aux voyageurs en transit soient étendues aux visiteurs temporaires.

### 3.3 Voyageurs en transit

3.3.1 Le trachome, dans ses *formes chroniques*, a une contagiosité assez faible pour permettre aux sujets qui en sont atteints d'être acceptés comme voyageurs en transit, sans être soumis à des mesures de quarantaine.

3.3.2 Etant donné la contagiosité plus grande des *formes aiguës* (formes sécrétantes) du trachome, il est désirable que les sujets qui en sont atteints soient, avant un voyage international, soumis à un traitement qui les rende non contagieux. Ces sujets, devenus non contagieux, pourront être soumis à la « surveillance » (dans le sens quarantenaire du terme) <sup>7</sup> par les autorités sanitaires du pays de transit ou de séjour temporaire.

<sup>7</sup> Le Règlement sanitaire international (Règlement N° 2 de l'OMS) contient les dispositions suivantes en ce qui concerne la « surveillance » (article 27) :

« 1. Les personnes soumises à la surveillance ne sont pas isolées et restent libres de se déplacer. Pendant la période de surveillance, l'autorité sanitaire peut inviter ces personnes à se présenter devant elle, si besoin est, à des intervalles déterminés. ... l'autorité sanitaire peut aussi soumettre ces personnes à un examen médical et recueillir les renseignements voulus pour constater leur état de santé.

» 2. Lorsque les personnes soumises à la surveillance se rendent dans un autre lieu, situé à l'intérieur ou en dehors du même territoire, elles sont tenues d'en informer l'autorité sanitaire qui notifie immédiatement le déplacement à l'autorité sanitaire du lieu où se rendent ces personnes, qui, dès leur arrivée, doivent se présenter à cette autorité. Celle-ci peut également les soumettre aux mesures visées au paragraphe 1 ci-dessus. »

(*Org. mond. Santé : Sér. Rapp. techn.* 1951, 41, 16)

3.3.3 L'existence de complications et séquelles cornéennes ou palpébrales (telles que pannus, ulcères, trichiasis, entropion, etc.) n'est pas, en soi, à considérer comme un indice de contagiosité ou de non-contagiosité de la maladie. A cet égard, seul doit entrer en ligne de compte le stade atteint par le trachome concomitant (Tr I, II, III ou IV).<sup>8</sup>

3.3.4 Les traitements chimiothérapeutiques et antibiotiques modernes peuvent d'ailleurs amener, souvent dans un délai relativement court, la guérison de la plupart des complications. Certaines séquelles sont justiciables de la chirurgie oculaire.

### 3.4 Migrants<sup>9</sup>

3.4.1 Il est recommandé que l'examen des candidats à l'émigration soit effectué dans leur pays d'origine en deux temps, séparés par un intervalle assez long et non inférieur à deux mois.

<sup>8</sup> Voir section 3.5, page 12.

<sup>9</sup> Une Conférence des Migrations a été réunie à Naples (Italie) en octobre 1951, sous les auspices de l'Organisation Internationale du Travail; des observateurs de l'OMS y participaient. Les recommandations qui figurent aux sections 3.4 et 3.5 du présent rapport ont été formulées compte tenu des résolutions adoptées par cette conférence, et spécialement de la résolution suivante :

La Conférence,

Considérant la résolution sur les normes fondamentales et critères pour l'examen médical des migrants adoptée par la Conférence,

Considérant la nécessité de consulter des spécialistes sur les problèmes que soulève l'application de certains critères uniformes reconnus par ladite résolution, lorsque les candidats à l'émigration sont atteints d'affections telles que la tuberculose, les maladies vénériennes ou le trachome,

Recommande au Conseil d'administration du Bureau International du Travail de charger le Directeur général du Bureau International du Travail :

a) d'établir, en collaboration avec les Directeurs généraux des autres organisations internationales compétentes, la délimitation de ces problèmes ;

b) d'examiner avec le Directeur général de l'Organisation Mondiale de la Santé la possibilité de mettre ces problèmes à l'ordre du jour des comités d'experts de cette institution, lors de leur prochaine réunion, dans l'intention de communiquer par la suite les recommandations éventuelles desdits comités aux Etats intéressés.

(Organisation Internationale du Travail (1951) *Note sur les travaux de la Conférence des Migrations (Naples, 2-16 octobre 1951)*, p. 41) (Document C.Mig/I/11/1951)

D'autre part, lors de sa neuvième session, le Conseil Exécutif a adopté la résolution suivante :

Le Conseil Exécutif,

Après avoir examiné le « Rapport sur les normes fondamentales et les critères pour l'examen médical des migrants », ainsi que les résolutions qu'il contient et qui ont été adoptées par la Conférence des Migrations convoquée à Naples, en octobre 1951, par l'Organisation Internationale du Travail,

1. INVITE le Directeur général à communiquer ces normes fondamentales et ces critères aux Etats Membres, afin que leurs autorités sanitaires nationales les examinent en vue de s'y conformer lors de l'examen médical des migrants ; et

2. INVITE le Directeur général à collaborer avec l'Organisation Internationale du Travail, sur la demande de celle-ci, à d'autres études sur cette question.

(Résolution EB9.R15, *Actes off. Org. mond. Santé*, 40, 6)

3.4.2 Le premier de ces examens (présélectif) comporterait le renvoi de tout individu suspect de trachome au service ophtalmologique habilité, pour examen et traitement éventuel. Ce traitement, dans l'état actuel de la thérapeutique, devrait, dans le plus grand nombre des cas, amener la guérison des patients.

3.4.3 Les sujets soumis à cette obligation pourront, au moment du deuxième examen pratiqué peu avant le départ, se prévaloir d'un certificat de non-trachome ou d'un certificat de guérison établi par les autorités ophtalmologiques habilités à cet effet.<sup>10</sup>

3.4.4 Le comité estime que, dans certaines circonstances, un pays d'immigration pourra admettre des sujets atteints de trachome évolutif, s'il est en mesure d'en effectuer ou d'en continuer efficacement le traitement. Ce pays pourra, à cet effet, soumettre à la « surveillance » (dans le sens quarantenaire du terme) ces immigrants trachomateux.

3.4.5 Les complications cornéennes et séquelles ne doivent être considérées comme des raisons de refuser l'immigration à un travailleur candidat à celle-ci, ou de contre-indiquer l'emploi d'un travailleur migrant, que si, après traitement et guérison, le sujet n'a recouvré qu'une acuité visuelle inférieure aux normes habituellement admises.

### 3.5 Nomenclature pratique recommandée à des fins administratives ou quaranténaires

3.5.1 De nombreuses difficultés rencontrées dans l'interprétation des certificats médicaux par les autorités sanitaires et quaranténaires proviennent :

a) de l'absence d'une notation universellement adoptée des divers stades du trachome, et du fait des variations que présentent les notations individuelles utilisées par les ophtalmologistes, comme de l'emploi qu'ils font de certains termes difficilement traduisibles ;

b) de ce qu'une incertitude demeure en ce qui concerne la contagiosité du trachome à chacun de ses stades.

3.5.2 En considération de ce qui précède, le comité estime que :

a) pour l'usage administratif ou quarantenaire, la classification de MacCallan, dans sa forme la plus simple (Tr I, II, III et IV),<sup>11</sup> devrait être universellement utilisée, à l'exclusion de tout autre système de notation ;

<sup>10</sup> Des accords bilatéraux pourraient être négociés entre pays d'immigration et pays d'émigration, précisant les qualités des médecins ou institutions dont les certificats de non-trachome ou de guérison du trachome, établis dans le pays d'origine des immigrants, seraient reconnus comme valables.

<sup>11</sup> Tr I = Trachome au début

Tr II = Trachome à la période d'état (y compris les formes florides)

Tr III = Trachome en voie de cicatrisation

Tr IV = Trachome cicatrisé ou guéri.

b) dans l'état actuel de nos connaissances, les stades I, II et III de la maladie (Tr I, Tr II et Tr III) doivent être considérés comme plus ou moins contagieux. Le stade IV (Tr IV) doit être considéré comme non contagieux.

#### **4. Observations sur la coopération internationale dans le domaine de la recherche en matière de trachome**

##### **4.1 Le comité reconnaît :**

- 1) l'utilité d'établir les critères des divers stades du trachome typique non compliqué, tel qu'il se présente dans les diverses parties du monde ;
- 2) le besoin de déterminer les différences régionales en ce qui concerne :
  - a) l'incidence de la maladie ;
  - b) l'âge de début du trachome ;
  - c) ses modes de transmission ;
  - d) son anatomie pathologique ;
  - e) son évolution clinique et les invalidités qui en résultent ;
  - f) l'incidence et les effets des facteurs associés et prédisposants ;
  - g) sa curabilité.

**4.2** Le comité suggère que l'OMS entreprenne la publication d'une monographie portant sur les divers aspects du trachome dans le monde et sur son diagnostic différentiel. Les membres du comité se sont déclarés prêts à apporter leur contribution à l'élaboration d'une telle monographie.

**4.3** Le comité insiste sur l'importance que la mise en application des recommandations ci-dessus entraînerait pour la compréhension des aspects variés que présentent le trachome et les affections associées dans les différentes parties du monde, et par cela même :

- a) pour l'établissement de programmes généraux de recherches ;
- b) pour promouvoir une collaboration directe entre chercheurs des diverses régions où les conditions sont comparables ;
- c) pour la comparaison et l'interprétation des résultats thérapeutiques.

**4.4** Le comité reconnaît le rôle important qu'a déjà joué l'OMS en facilitant un échange mutuel d'informations entre les spécialistes actuellement inscrits au Tableau d'experts du Trachome, de même qu'entre eux et d'autres chercheurs, et recommande que ce service soit poursuivi et, si possible, développé.

**4.5** Le comité propose, en outre, que des informations soient obtenues sur les ressources qu'offrent, en matière de recherche, tous les laboratoires, universitaires, gouvernementaux ou autres, où des travaux sont en cours

sur le virus du trachome et les virus apparentés. Ces travaux ne pourraient que bénéficier de l'intérêt et du concours de virologistes nouveaux.

**4.6** De l'avis du comité, l'utilité du Tableau d'experts ne pourrait manquer de s'accroître s'il était procédé : 1) à son extension géographique ; 2) à la nomination d'un ou de plusieurs virologistes s'intéressant à l'étude de l'agent du trachome et déjà familiarisés avec le groupe des affections causées par les germes apparentés.

**4.7** En raison du nombre insuffisant des virologistes disponibles, le comité recommande que des bourses soient prévues dans le dessein de former de jeunes ophtalmologistes à la recherche virologique.

**4.8** Le comité déplore le fait que de nombreux travaux essentiels, publiés dans des périodiques portant sur les sciences fondamentales et dans des revues non ophtalmologiques, ne parviennent à la connaissance des « trachomatologistes »<sup>12</sup> qu'après de longs délais. Il suggère qu'un effort particulier soit fait pour que l'OMS, par le truchement de son Tableau d'experts du Trachome ou par tout autre moyen, établisse un service de comptes rendus en deux langues qui accélérerait la diffusion des progrès importants dans ce domaine.

**4.9** Le comité insiste sur l'utilité de conférences régionales sur le trachome. Il recommande que les spécialistes inscrits au Tableau d'experts s'efforcent d'obtenir l'inclusion d'études et de symposiums sur le trachome dans le programme des réunions, tant nationales qu'internationales, telles que le Congrès international d'Ophtalmologie, le Congrès panaméricain d'Ophtalmologie, etc.

**4.10** Le comité reconnaît la nécessité de standardiser autant que possible les fiches d'observations et le résultat des recherches, en ce qui concerne particulièrement :

- a) les aspects cliniques du trachome, et
- b) la morphologie de l'agent de la maladie et de ses inclusions.

**4.11** Le comité recommande qu'après étude des ressources régionales en matière de recherche, les chercheurs et les instituts compétents entreprennent et coordonnent des études sur des problèmes déterminés (voir Annexes 1 et 2, pages 19 et 21), en tenant compte de leurs aptitudes particulières et de leur situation géographique.

**4.12** Le comité suggère que la prochaine session du comité d'experts soit convoquée à New-York (Etats-Unis d'Amérique), en septembre 1954,

<sup>12</sup> Le comité recommande que ce terme soit adopté uniformément par les auteurs de langue française.

au moment du XVII<sup>e</sup> Congrès international d'Ophtalmologie, et que les points suivants soient prévus dans l'ordre du jour de cette session :

- a) résultats des traitements en série du trachome par la chimio- et l'antibiothérapie ;
- b) étiologie et pathogénie de la maladie ;
- c) anatomo-pathologie du trachome ;
- d) rapports du trachome et du travail.

**4.13** Le comité recommande à l'attention des chercheurs les sujets d'étude énumérés dans les Annexes 1 et 2 du présent rapport, sujets susceptibles de faire l'objet soit de recherches collectives coordonnées (Annexe 1), soit de recherches individuelles (Annexe 2).

## 5. Classification du trachome

**5.1** Le comité estime qu'il a déjà répondu aux besoins du contrôle administratif et statistique, et aux exigences médico-sociales modernes, par la classification simplifiée proposée antérieurement (voir section 3.5). Il est nécessaire, d'autre part, de répondre aux nécessités cliniques et scientifiques. Le comité recommande donc à cet effet l'adoption d'un schéma de notation des stades cliniques qui rende possibles des observations précises et des études ultérieures comparables.

5.1.1 Ce schéma est basé sur la classification universellement connue de MacCallan, qui, de l'avis du comité, doit rester à la base de toute classification du trachome.

5.1.2 Un certain nombre de systèmes de notation, proposés au cours de ces dernières années, présentent des avantages incontestables en ajoutant à la classification chronologique le reflet du tableau clinique de la maladie.

**5.2** En conséquence, le comité propose d'intégrer certaines de ces innovations à la classification de MacCallan pour en établir une nouvelle, répondant aux besoins actuels et permettant de noter l'évolution des symptômes présentés par les malades, grâce à des formules concises mais suffisamment descriptives.

5.2.1 Voici les éléments de cette notation, présentés suivant l'ordre alphabétique des symboles proposés :

- Chiffres romains I, II, III et IV = « stade de la maladie suivant MacCallan »
- C = « cicatrices »
- F = « follicules »
- i = « infiltration cornéenne » (en millimètres à partir du limbe)

m	= « forme mixte » (trachome associé à une autre affection conjonctivale) ; mettre la lettre « m » en haut et à droite du chiffre romain indiquant le stade du trachome
P	= « papilles »
prF	= « préfolliculaire »
Tr	= « trachome »
V	= « vaisseaux cornéens » (en millimètres à partir du limbe)
v	= « guérison vérifiée par un test reconnu » (voir Annexe 1, paragraphe 14, page 20)
<	= « moins de ... »
>	= « plus de ... »
±	} = « intensité des altérations conjonctivales »
+	
++	
+++	

5.2.2 Pour les documents destinés à des fins administratives, seule sera mentionnée l'indication du stade (voir section 3.5).

*Exemples :*

- Tr I = Trachome au début
- Tr II = Trachome à la période d'état (y compris les formes florides)
- Tr III = Trachome en voie de cicatrisation
- Tr IV = Trachome cicatrisé ou guéri

5.2.3 Pour les documents nécessitant une plus grande précision des appréciations cliniques et scientifiques, les autres symboles seront utilisés.

Ces symboles, énumérés à la section 5.2.1, se succéderont normalement dans l'ordre suivant :

- 1) Stade du trachome (Tr I, Tr II, Tr III, Tr IV)
- 2) Présence d'une affection associée, forme mixte (m)
- 3) Indication de la confirmation de la guérison de l'infection trachomateuse par un test reconnu (v)
- 4) Présence de cicatrices (C) \*
- 5) Présence de follicules (F) \* ou de lésions préfolliculaires (prF)
- 6) Présence de papilles (P) \*
- 7) Présence de vaisseaux cornéens (V) \*\*
- 8) Infiltration de la cornée (i) \*\*

\* On indiquera l'intensité des lésions par les signes ±, +, ++ ou +++, placés devant les symboles correspondants, et leurs rapports respectifs par les signes < ou >.

\*\* Symboles suivis d'un chiffre exprimant, en millimètres, la largeur de l'aire cornéenne intéressée. Ce chiffre est placé en haut et à droite du symbole qu'il complète.

*Exemples :*

Tr I + prF	Trachome léger au début, préfolliculaire
Tr II - + F < P V <sup>4</sup> i <sup>2</sup>	Trachome floride d'intensité moyenne avec follicules en nombre inférieur aux papilles ; vascularisation cornéenne de 4 mm ; infiltration cornéenne de 2 mm
Tr II + + + F V <sup>2</sup> i <sup>1</sup>	Trachome floride avec follicules nombreux ; vaisseaux empiétant de 2 mm sur la cornée et infiltration de 1 mm
Tr II <sup>m</sup> + + + F > P V <sup>5</sup> i <sup>4</sup>	Trachome floride grave associé à une conjonctivite ou à une autre affection conjonctivale, avec plus de follicules que de papilles ; vaisseaux empiétant de 5 mm sur la cornée et infiltration de 4 mm
Tr III + + + C + P V <sup>5</sup> i <sup>4</sup>	Trachome en voie de cicatrisation avec beaucoup de cicatrices et quelques papilles ; vaisseaux empiétant de 5 mm sur la cornée et infiltration de 4 mm
Tr III ± C + + F V <sup>5</sup> i <sup>4</sup>	Trachome en voie de cicatrisation avec très peu de cicatrices, follicules assez nombreux, vaisseaux empiétant de 5 mm sur la cornée et infiltration de 4 mm
Tr IV + + + C V <sup>4</sup>	Trachome cicatrisé avec cicatrices importantes ; vaisseaux empiétant de 4 mm sur la cornée
Tr IV v - + C V <sup>3</sup>	Trachome cicatrisé vérifié par un test de guérison et présentant des cicatrices de moyenne importance ; vaisseaux empiétant de 3 mm sur la cornée
Tr IV v V <sup>2</sup>	Trachome guéri sans cicatrices visibles, vérifié par un test de guérison ; vaisseaux empiétant de 2 mm sur la cornée

5.2.4 *Complications et séquelles :* Les inscrire en toutes lettres à la fin de la formule.

*Exemple :*

Tr III + C + F V<sup>5</sup> i<sup>4</sup> trichiasis

Trachome en voie de cicatrisation avec cicatrices encore peu importantes, follicules peu nombreux, vaisseaux empiétant de 5 mm sur la cornée, infiltration de 4 mm et trichiasis

5.2.5 *Formes cliniques particulières* : Les indiquer aussi en toutes lettres à la fin de la formule.

Exemple :

Tr III + C + F V <sup>5</sup> i <sup>4</sup>	lardacée gélatineuse diffuse
--	------------------------------------

5.2.6 A la fin de la formule, mettre entre parenthèses les constatations des inclusions et autres corpuscules, si ces constatations ont été vérifiées au microscope.

## 6. Divers

### 6.1 Formes de début du trachome

6.1.1 Le comité reconnaît l'intérêt scientifique et pratique qui s'attache à la détermination du mode le plus habituel (aigu ou chronique) de début du trachome dans les diverses régions du globe et l'importance qu'il y a à éviter toute confusion de diagnostic entre le trachome et les conjonctivites aiguës.

6.1.2 Il estime que, dans les pays d'endémicité trachomateuse, il y a lieu de pratiquer systématiquement l'examen microscopique des frottis de la sécrétion conjonctivale et du matériel obtenu par grattages de la conjonctive, chez les malades présentant un tableau clinique d'infection conjonctivale aiguë, en vue de rechercher les corps de Halberstaedter-Prowazek.

### 6.2 Kératoplastie

6.2.1 Le comité estime que la pratique de la kératoplastie est une des mesures propres à remédier aux conséquences désastreuses de certaines affections oculaires lorsqu'elles atteignent la cornée.

6.2.2 Il souhaite donc vivement que, dans tous les pays où sévissent ces affections et qui ne possèdent pas encore de législation permettant la pratique courante de ce moyen de lutte contre la cécité, les gouvernements promulguent des textes de loi autorisant les prélèvements sur cadavres, et facilitent l'institution et le fonctionnement des organisations susceptibles de permettre le développement de cette branche de l'ophtalmologie.

**Annexe 1****PROBLÈMES POUVANT FAIRE L'OBJET DE RECHERCHES  
COORDONNÉES SUR LE PLAN INTERNATIONAL<sup>1</sup>**

1) Elaboration d'une méthode de production du virus du trachome en quantités importantes. C'est là le problème de recherche le plus important à l'heure actuelle, car de sa solution dépend nécessairement la possibilité d'étudier les propriétés immunologiques, biochimiques et autres du virus. On peut envisager dans ce but l'emploi des techniques de culture (tissus, œufs embryonnés, etc.) et l'infection expérimentale d'animaux de laboratoire. Il y a lieu de rechercher si la cortisone ou des substances apparentées ne favoriseraient pas le développement du virus, soit en culture, soit dans l'expérimentation sur les animaux de laboratoire.

2) Propriétés morphologiques, biochimiques et immunologiques du virus trachomateux. Ce virus produit-il une toxine soluble comparable aux toxines produites par d'autres espèces de virus du même groupe ?

3) Rapport du virus du trachome avec les virus de la conjonctivite à inclusions et avec les autres virus du groupe : trachome-psittacose-lymphogranulomatose inguinale. Inoculabilité du virus aux organes génito-urinaires.

4) Caractères et classification des stades de développement du corps d'inclusion. Morphologie et biochimie de ses parties composantes.

5) Etudes sur le trachome au début, portant principalement sur la période d'incubation de la maladie et les altérations de la cornée et du limbe décelables à la lampe à fente.

6) Evaluation nouvelle des signes cornéens du trachome, plus particulièrement en ce qui concerne le follicule limbique.

7) Différenciation entre le trachome pur et le trachome avec infection secondaire, à ses divers stades, sur la base des signes cliniques.

8) Mécanisme de l'action des sulfamides et des antibiotiques dans le trachome.

9) Mécanisme de l'action d'agents thérapeutiques non spécifiques, tels que le nitrate d'argent et le sulfate de cuivre.

10) Recherche de facteurs possibles de résistance raciale au trachome ayant trait particulièrement à la présence de pigment dans les cellules épithéliales conjonctivales et cornéennes.

---

<sup>1</sup> Cette liste de sujets de recherche n'est évidemment pas limitative.

11) Etude de la transmission du trachome à l'homme et aux animaux d'expérience ; rôle de l'infection secondaire ; rôle des mouches et autres vecteurs ; influence du niveau économique.

12) Effets de l'ACTH et de la cortisone sur le trachome clinique et expérimental.

13) Etude des conjonctivites folliculaires non trachomateuses.

14) Etude de la latence dans le trachome. Elaboration de tests cliniques et microbiologiques de guérison :

- a) Test à la fluorescéine, en instillation,
- b) Test à la cortisone,
- c) Autres tests éventuels.

## Annexe 2

**PROBLÈMES POUVANT FAIRE L'OBJET DE RECHERCHES INDIVIDUELLES <sup>1</sup>**

Un travail de recherche considérable a déjà été effectué sur les problèmes qui suivent ; il est nécessaire d'évaluer et de poursuivre l'œuvre entreprise, ce qui pourrait être fait par des laboratoires ou des chercheurs travaillant de façon indépendante.

- 1) Réinfections.
- 2) Trachome latent. Incidence de la réactivation de ce trachome latent comparée à celle de la réinfection dans les pays d'endémicité trachomateuse.
- 3) Corrélation entre les signes conjonctivaux et cornéens du trachome. Facteurs prédisposant à l'atteinte particulière, soit de la conjonctive, soit de la cornée.
- 4) Facteurs déterminant la localisation particulière des cicatrices. Est-elle parallèle à celle du virus dans l'épithélium sus-jacent ?
- 5) Le sac lacrymal dans le trachome. Rôle du virus du trachome dans la dacryocystite. Rôle de l'infection bactérienne secondaire dans l'atteinte du sac lacrymal.
- 6) Différenciation du trachome et des types aigus et chroniques des conjonctivites folliculaires.
- 7) Comparaison des signes cliniques du trachome contracté dans la première enfance avec ceux du trachome contracté par l'adulte et le vieillard.
- 8) Cytologie du follicule trachomateux comparée avec celle du follicule non trachomateux, principalement lorsque l'un et l'autre coexistent. Possibilité de l'existence de toxines produites par le virus.
- 9) Cytologie de l'épithélium dans le trachome. Existe-t-il des modifications spécifiques de cette cytologie ? Sont-elles applicables au diagnostic différentiel de la maladie ?
- 10) Kératinisation cellulaire dans les déficits en vitamine A et dans la kératite sèche. Relation avec le développement intracellulaire du virus trachomateux. Etudes cliniques et expérimentales. Rôle éventuel des corynebactéries dans les phénomènes de xérose.

---

<sup>1</sup> Cette liste de sujets de recherche n'est évidemment pas limitative.

11) Recherches sur les réactions : de déviation du complément, d'hémoagglutination, d'absorption du complément par agglutination («*conglutinating complement-absorption test*»), dans le trachome et les affections apparentées.

12) Etude des propriétés antigéniques du virus à partir de matériel obtenu par grattages de la conjonctive et soumis à centrifugation différentielle, ou à partir de cultures lorsque cette méthode sera disponible.

13) Développement de méthodes de détection rapide des corps d'inclusion :

- a)* grattages épais,
- b)* colorations iodées,
- c)* microscope à contraste de phase.

14) Valeur diagnostique des variations cytologiques.

---