

A PROPOS D'UN CAS  
DE CONCRÉTIONS MYCOSIQUES PRIMITIVES  
DES CANAUX LACRYNAUX

Par R.-V. TALICE

Nous avons pu étudier dernièrement le matériel provenant d'un cas de concrétions mycosiques des voies lacrymales, observé en Uruguay, où la maladie, à notre connaissance, n'avait jusqu'ici jamais été signalée. Dans la littérature sud-américaine que nous avons pu consulter, nous n'avons trouvé aucune observation du même genre.

Avant de rapporter notre cas, nous croyons nécessaire de résumer l'histoire de cette curieuse maladie.

**Dénomination.** — Cette affection a été désignée par des noms divers : actinomycose, actinomycose primitive, pseudoactinomycose des canaux ou conduits lacrymaux, mycose, leptotrichose, streptotrichose des voies lacrymales, calculs actinomycosiques des canalicules lacrymaux, calculose, calculite mycosique, concrétions mycéliennes, etc. La plupart de ces désignations sont ou impropres ou insuffisantes ; il est préférable d'adopter le nom de **concrétions mycosiques primitives des canaux lacrymaux**, lequel rend compte de la nature de l'affection, de sa pathogénie et de sa localisation. Le terme d'actinomycose lacrymale ne nous semble pas heureux ; cette maladie, quoique due à des *Actinomyces*, n'a rien qui rappelle la vraie actinomycose ; le champignon agit dans ce cas comme un corps étranger, jamais comme un germe envahissant.

**Caractères cliniques.** — Maladie connue depuis le XVII<sup>e</sup> siècle et dont les caractères cliniques, toujours très uniformes, sont les suivants : présence de concrétions, généralement multiples, à l'intérieur d'un ou de plusieurs conduits lacrymaux, surtout de l'inférieur. Ces concrétions, d'abord petites, molles, friables, de couleur grisâtre ou jaunâtre, peuvent devenir plus ou moins volumineuses, de couleur foncée, et dures par suite de l'infiltration de sels calcaires. Elles produisent des troubles subjectifs légers résultant de l'occlusion du canalicule ; à l'examen du malade, on constate une

ANNALES DE PARASITOLOGIE, T. XIV, N<sup>o</sup> 2. — 1<sup>er</sup> mars 1936, p. 164-170.

tuméfaction du bord de la paupière correspondante, une dilatation du point lacrymal, un peu de conjonctivite.

Maladie primitive, bénigne, limitée au canalicule, à évolution très lente, rare ou très rare suivant les pays (1), mais cosmopolite, qui atteint surtout les femmes de n'importe quelle race s'occupant de travaux agricoles. Le diagnostic, quand l'attention est prévenue, s'impose, mais il faut y penser dans les cas de conjonctivite chronique interminable (Landrieu). Guérison définitive après l'ablation des concrétions.

**Etiologie.** — On sait, depuis les premiers observateurs du XIX<sup>e</sup> siècle, que ces concrétions sont constituées, presque en totalité, par des conglomérats mycéliens serrés, à disposition radiée, résultant de la multiplication, à l'intérieur des canaux lacrymaux, d'un champignon qui n'envahit jamais la paroi, plus ou moins altérée, du canalicule et n'atteint pas le sac lacrymal.

Quel est ce champignon ? Les auteurs l'ont déterminé successivement comme un *Achorion*, un *Streptothrix*, un *Oospora*, un *Cohnistreptothrix*. Actuellement, on considère comme agent unique de la maladie le *C. foersteri* Cohn 1875. Il est nécessaire de nous arrêter un moment sur cette espèce.

L'oculiste Foerster, en 1875, ayant observé plusieurs cas de cette affection, intéressa à leur étude le botaniste Cohn, lequel plaça le champignon trouvé dans le nouveau genre *Streptothrix* sous le nom de *S. foersteri*. En 1889, Gasperini isole de l'air un champignon qu'il croit pouvoir identifier avec le *S. foersteri*, et qui a été ensuite reconnu comme identique au *S. alba* de Rossi-Doria, 1891. En 1892, le même Gasperini fait une étude d'ensemble sur les genres *Streptothrix* Cohn et *Actinomyces* Harz 1877 ; il conclut à l'identité des deux genres et propose d'adopter le nom d'*Actinomyces* puisque celui de *Streptothrix*, quoique antérieur, avait déjà été employé par Corda pour désigner des champignons bien différents. Laissons de côté les discussions historiques à propos de la priorité du genre *Actinomyces* sur les genres *Discomyces*, *Nocardia*, etc., pour arriver au genre *Cohnistreptothrix* créé par Pinoy, en 1911, pour les *Actinomyces* anaérobies à végétation difficile, ne produisant pas de

(1) Stock, dans sa clinique de Vienne, n'a observé que 2 cas en 10 ans ; Terson a trouvé 5 cas sur 60.000 malades examinés. Ici, comme pour le reste des mycoses, il est difficile d'apprécier leur fréquence réelle ; l'affection passe souvent inaperçue (une malade de Landrieu avait vu sept spécialistes en trois ans avant que le diagnostic fût porté). « Souvent, aussi, elle semble si banale que l'oculiste ne croit pas devoir en relater l'observation. » D'après Cavara, en 1928, on ne connaissait que 150 cas, dont 20 seulement ont été étudiés complètement.

véritables spores dans les cultures. Alors, ce même auteur, en se basant sur le fait que quelques chercheurs, après Cohn, avaient obtenu, par des cultures, un organisme anaérobie présentant la même morphologie, donna à l'agent des concrétions lacrymales le nom de *Cohnistreptothrix foersteri*.

Cette opinion a été postérieurement adoptée par les auteurs et ainsi on s'est habitué à considérer le *C. foersteri*, c'est-à-dire un *Actinomyces* anaérobie du type *Breviores*, comme l'agent unique des concrétions lacrymales. A ce sujet, deux critiques s'imposent :

1° Cohn a établi son espèce en se basant exclusivement sur la forme parasitaire. Or, l'étude des filaments dans les frottis permet d'affirmer la présence d'un champignon microsiphoné, mais non d'établir la diagnose d'espèce, ni de dire s'il s'agit d'un *Actinomyces* aérobie ou anaérobie.

2° Les cultures obtenues par plusieurs auteurs ne semblent pas, d'après leurs descriptions, appartenir toujours à une même espèce. En effet, Cannas (1902), Rabinowitsch (1909), Wegner-Koch (1925) ont isolé des *Actinomyces* aérobies obligatoires, rarement facultatifs, présentant les caractères microscopiques des *Majores*, tandis que Dalen (1902), Awerbach (1902), Morax (1905), Loewenstein (1909), Wissmann (1913) ont isolé des *Actinomyces* anaérobies obligatoires ou préfèrents, avec les caractères microscopiques, des *Breviores*. Enfin, Silberschmidt (1900), Cahn (1903), zur Nedden (1909), ont isolé des souches soit aérobies soit anaérobies.

Nous devons ajouter que, d'après Lieske, le nom de *A. foersteri* a été utilisé dans l'ancienne littérature pour désigner, le plus souvent, des souches de « champignons filamenteux, radiés, aérobies ». Et que, d'après Vuillemin, les cultures de *A. foersteri* dégagent, comme celles de *A. albus*, une odeur pénétrante de moisi. Donc, ces opinions sont concordantes dans ce sens que l'agent des concrétions serait un *Actinomyces* du type des *Majores* et non du type des *Breviores*.

Finalement, après les recherches de Magnusson et de Naeslund, qui ont apporté des modifications importantes à nos connaissances sur l'actinomycose, on serait tenté à faire une révision aussi dans ce chapitre, à la lumière des nouvelles acquisitions. Cependant, il faudra tenir compte que, si le rôle des *Actinomyces* aérobies, saprophytes, est douteux ou exceptionnel dans le cas des mycétomes, il n'en est pas de même pour les concrétions mycosiques des canaux lacrymaux. Il s'agit ici non d'un champignon véritablement pathogène, mais d'un saprophyte provoquant la formation de conglomés

rats calcifiés qui représentent des corps étrangers ; n'importe quel *Actinomyces* pourrait, *à priori*, jouer le même rôle.

En résumé, à l'heure actuelle, il nous paraît difficile de définir le *Cohnistreplothrix foersteri*. Il existe parfois des *Actinomyces* anaérobies dans les concrétions, mais souvent les champignons vus et cultivés sont des *Actinomyces* aérobies, du groupe des *Majores*, lesquels peuvent être alors considérés comme cause de ces formations.

#### CAS PERSONNEL

La malade, une femme âgée de 40 ans, de nationalité uruguayenne, a été examinée par notre collègue et ami, le D<sup>r</sup> Isola, ophtalmologiste de Montevideo, qui parcourt périodiquement la campagne de l'Uruguay pour y soigner les maladies des yeux. Au cours d'un de ses voyages, le D<sup>r</sup> Isola s'est trouvé en présence de ce cas dont il a su saisir immédiatement l'intérêt scientifique. Cette femme, habitant la pleine campagne, dans le département d'Artigas, au nord du pays, est venue le consulter pour des troubles oculaires et notre collègue constata alors, à l'examen, la présence de quelques concrétions à l'intérieur d'un des canaux lacrymaux. Il a procédé à leur extraction et a fait deux frottis qu'il a bien voulu nous confier pour les étudier. Le D<sup>r</sup> Isola a conservé aussi quelques concrétions dans de la solution physiologique en vue de cultures, mais, étant données les conditions dans lesquelles il a dû recueillir le matériel, celui-ci n'était plus utilisable quand nous l'avons examiné quelques jours après.

**Examen microscopique des frottis (colorés au Gram).** — A un faible grossissement, on observe d'abord un grand nombre d'éléments cellulaires, des polynucléaires assez bien conservés pour la plupart. En parcourant la préparation, on voit également quelques détritits amorphes et surtout, se détachant sur le fond rose des leucocytes, des taches violacées, de forme irrégulière, constituées par des filaments mycéliens soit dispersés, soit agglomérés. On n'observe pas d'autres micro-organismes.

A un fort grossissement, les conglomerats montrent une masse centrale très dense, formée par un feutrage mycélien serré, intensément coloré par le Gram, et dont la périphérie porte une chevelure fine de filaments mycéliens plus ou moins dispersés et à disposition radiée dans l'ensemble. Ces concrétions ont 20-50  $\mu$  de diamètre (fig. 1).

C'est sur les éléments mycéliens dispersés qu'on peut le mieux

étudier les caractères du champignon. Les filaments, parfois très longs, sont en général Gram-positifs, mais les fragments mycéliens, colorés en violacé, semblent se former dans l'épaisseur d'un mycélium uniforme et faiblement coloré par la fuchsine du Gram. Cette fragmentation du mycélium est fréquente et bien visible ; les éléments qui en résultent sont bacilliformes ou cocciformes et ils se disposent en chaînettes de longueur variable, rectilignes ou ondu-

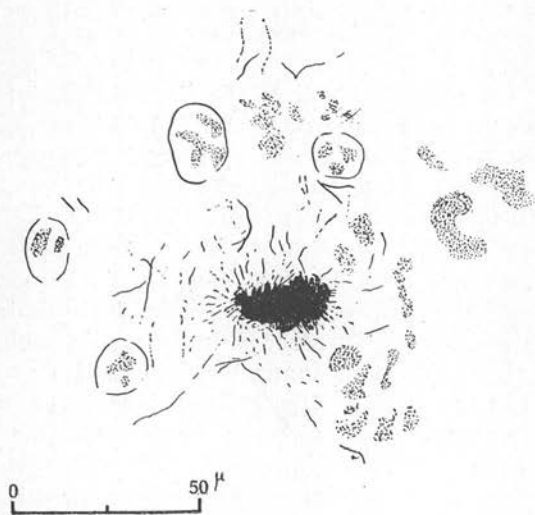


FIG. 1. — Concrétions mycosiques lacrymales. Aspect des frottis à un faible grossissement. Au milieu, on observe un fragment microscopique de concrétion avec sa chevelure périphérique de filaments et autour des restes de leucocytes et des cellules.

lées. Le mycélium est plutôt volumineux comme grosseur, mais toujours du type microsiphonné ; il présente aussi des épaississements terminaux, claviformes, et des divisions dichotomiques (figs. 2 et 3). Enfin, dans beaucoup de champs microscopiques, on ne voit que des bâtonnets et des éléments cocciformes isolés ou en petits groupes.

En résumé, l'examen des frottis démontre aussi dans notre cas la présence d'un seul microorganisme, un champignon microsiphonné présentant la morphologie typique du genre *Actinomyces*, c'est-à-dire : filaments longs et fins nettement ramifiés, fortement Gram-positifs, formant un mycélium qui tend à la complication, avec des

renflements terminaux, portant de longues chaînettes de fragments mycéliens courts, réduits parfois à des grains, etc. Le manque de cultures ne nous permet d'aller plus loin dans la détermination de ce germe.

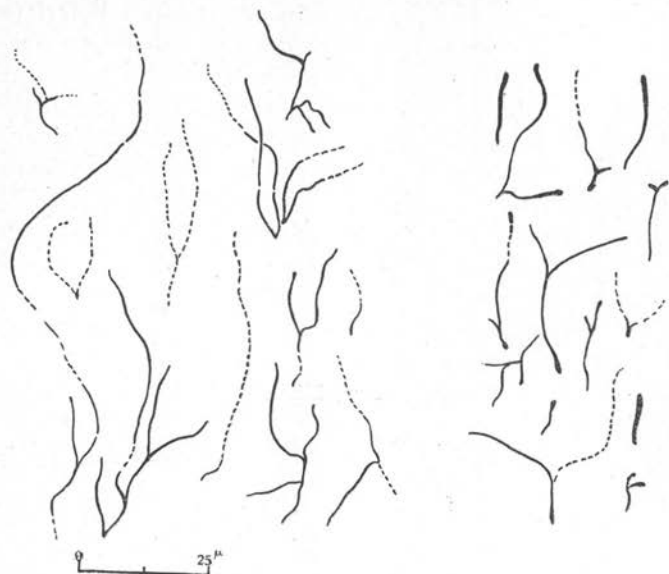


FIG. 2

FIG. 3

FIG. 2. — Frottis examinés à un plus fort grossissement. Filaments ramifiés et fragmentés typiques.

FIG. 3. — *Id.*, montrant des filaments claviformes.

### RÉSUMÉ

A propos d'un cas de concrétions mycosiques primitives des conduits lacrymaux, le premier signalé en Uruguay, nous donnons quelques considérations critiques sur l'étiologie de ce curieux trouble. Nous concluons :

1° que la définition du *Cohnistreptothrix foersteri* (Cohn, 1874) doit être révisée ;

2° que sûrement les *Actinomyces* isolés des cas de concrétions lacrymales n'appartiennent pas à une même espèce ;

3° que si parfois on a isolé des *Actinomyces* anaérobies, souvent les cultures ont donné des *Actinomyces* aérobies. Rien n'empêche

d'admettre que ces derniers soient aussi capables de produire le trouble qui caractérise les concrétions lacrymales. Après les recherches de Naeslund et Magnusson, on considère que l'*Actinomyces israeli*, un *Brevior* de la classification de Foulerton (= II b de celle d'Orskov = type Wolf-Israël), est le seul coupable de l'actinomycose commune de l'homme et des animaux et que les *Actinomyces* du type Boström sont le plus souvent des saprophytes ou des souillures des cultures sans valeur pathogène. Mais cette notion ne peut pas être étendue au cas des concrétions lacrymales ; ici, il s'agit d'une simple multiplication d'un champignon à l'intérieur d'un canal excréteur et nullement d'un envahissement des tissus : les troubles consécutifs ne résultent que de l'obstacle apporté à l'écoulement des larmes par les congglomérats mycéliens.

#### BIBLIOGRAPHIE

- CAVARA (V.). — *Le micosi oculari*. Siena, Libreria editrice senese, 1928, p. 117-155.
- GUILLEMIN (E.). — *Actinomycose des conduits lacrymaux*. Thèse de Lyon, A. Roy et Cie éd., 1904, 62 p.
- LANGE (O.). — De l'actinomycose des canalicules lacrymaux. *La Clinique ophtalmologique*, IV, 1898, p. 5.
- LANDRIEU (M.). — *Les mycoses oculaires*. Thèse de Paris, 1912, 136 p.
- MONGNET (F.). — *Actinomycose primitive des canaux lacrymaux*. Thèse de Paris, Bonvalot-Jouve éd., 1907, 60 p.
- PINOY (E.). — Actinomycoses et mycétomes. *Bull. Inst. Pasteur*, XI, 1913, p. 929-38.
- ROBERT (G.). — *Actinomycose des canalicules lacrymaux*. Thèse de Paris, Jouve et Boyer éd., 1899, 86 p.

*Section de parasitologie de l'Institut d'Hygiène de Montevideo  
et Section de mycologie du Laboratoire de parasitologie de la Faculté  
de médecine de Paris (Chef de service : D<sup>r</sup> Maurice Langeron).*

---