

UN CAS INTÉRESSANT D'ACTINOMYCOSE CONJONCTIVO-SCLÉRALE D'ORIGINE TRAUMATIQUE

I. ÉTUDE CLINIQUE, par J.-A. SICARDI et U. REGULES

II. ÉTUDE MYCOLOGIQUE, par R.-V. TALICE

I. Etude clinique. — Le malade objet de cette observation est un paysan âgé de 73 ans, habitant la campagne de l'Uruguay (département de Soriano). Le 5 septembre 1934, cet homme, pendant son travail, s'est blessé grièvement à l'œil gauche avec un fragment de tige de roseau sec, exposé depuis longtemps aux intempéries ; le corps vulnérant pénétra profondément dans la partie moyenne du cul-de-sac conjonctival supérieur. Le malade fut soigné, dans la capitale du département, quelques jours après, par l'un de nous, qui constata l'existence d'un phlegmon orbitaire accompagné de suppuration abondante et d'un œdème palpébral très intense. Nous avons procédé à l'extraction d'un morceau du végétal traumatisant, puis nous avons fait au malade des lavages de sérum physiologique en lui conseillant de continuer le traitement par des lavages au cyanure de mercure, des instillations d'argyrol et des compresses chaudes. Une série d'injections de vaccin anti-pyogène a complété le traitement.

Par la suite, le patient a expulsé, par sa blessure, spontanément, deux autres morceaux de roseau. Le phlegmon ayant diminué de volume, nous avons pu constater, à la hauteur du cul-de-sac conjonctival supérieur, la blessure, large d'un centimètre, et autour d'elle une inflammation très prononcée de la conjonctive avec suppuration toujours abondante. L'exploration de cette blessure ne nous a pas permis de trouver d'autres restes du corps vulnérant. Nous avons décidé alors de pratiquer une série de lavages dans le trajet fistulisé du fond de sac, mais l'amélioration attendue ne se produisait pas. Au contraire, au niveau du segment antérieur de l'œil, autour de la cornée, ont commencé à apparaître des sortes de petits nodules, de 1 à 2 mm. de diamètre et d'un millimètre de hauteur, dont la base était de couleur rouge brillant, arrondis ou ovalaires, montrant à la fin de leur évolution un point central saillant jaunâ-

tre. La ponction de ces nodules a fait sortir une petite quantité de liquide muco-purulent peu épais. Les nodules ponctionnés, et même certains non ponctionnés, disparaissaient spontanément, mais en même temps d'autres nouveaux se montraient, se localisant de préférence dans la partie interne et supérieure du segment antérieur du globe oculaire. Nous en avons observé aussi, mais rares et isolés, dans la partie inférieure et externe. Si l'on introduisait un fin stylet à l'intérieur d'un de ces nodules ouverts, on pouvait constater que l'instrument se déplaçait facilement au-dessous de la conjonctive et que son extrémité atteignait la cavité d'autres nodules. Ainsi, si l'on faisait, avec précautions, un lavage médicamenteux, on pouvait observer, d'une façon nette, que le liquide introduit par l'un de ces nodules sortait par les nodules voisins ouverts. Tous ceux-ci paraissaient donc être en communication entre eux par la voie conjonctivale.

Vu la persistance de la suppuration, malgré le traitement appliqué, nous avons décidé de faire venir le malade à Montevideo, afin de le soigner à la Clinique Ophthalmologique de l'Hôpital Maciel (Chef du Service : Prof. Vázquez-Barrière). C'est là que, le 15 novembre, nous constatons la présence de 7-8 nodules dans la partie supérieure et interne du globe oculaire, autour de la cornée, et de deux autres dans la partie inférieure et externe, présentant tous l'aspect déjà décrit (voir figure). Ces nodules ont offert une certaine résistance à la ponction, et l'ouverture faite par l'instrument restait béante ; ils donnaient l'impression, par leur forme, leur mode d'implantation, leur volume, etc., d'être des formations épisclérales. La conjonctive bulbaire présentait une congestion diffuse, surtout accentuée dans sa partie inférieure et externe où elle était plus épaisse et d'une couleur rouge vineuse. La suppuration persistait avec la même abondance. La cornée était d'aspect normal, l'iris montrait une synéchie circulaire au niveau de la pupille qui était ronde et petite, un exsudat blanc obstruant sa lumière ; à la palpation, on remarquait une hypotonie oculaire. Le malade affirmait qu'avant l'accident la visibilité de son œil gauche était bonne.

Au fond du sac conjonctival supérieur, on observait toujours la blessure, large d'un centimètre et demi, et un symblépharon à sa partie externe. L'exploration avec un fin stylet révélait la présence de deux corps étrangers, aussitôt extraits : il s'agissait de deux nouveaux morceaux de roseau longs de deux centimètres et demi et d'un centimètre et demi, larges d'un et demi et d'un demi-centimètre, respectivement. Finalement, nous avons pratiqué un lavage de la cavité traumatique et une instillation d'argyrol et d'atropine.

Pendant cette dernière opération, on a fait des frottis et des cultures, soit avec l'exsudat extrait de la blessure, soit avec le pus obtenu par la ponction des nodules. Après avoir pris connaissance du résultat des examens du laboratoire indiquant une mycose, nous avons soumis le malade au traitement ioduré ; on lui a administré, par voie buccale, une solution d'iodure de potassium et localement on lui a fait des instillations d'un collyre à l'iodure de sodium.

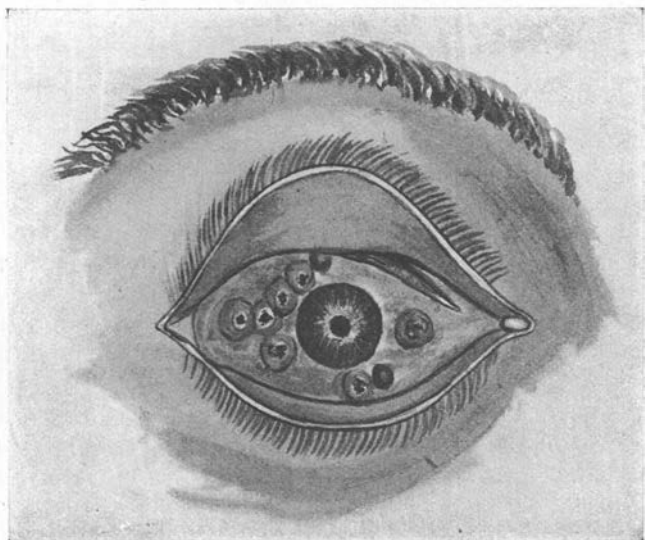


FIG. — Dessin montrant l'aspect de l'œil gauche du malade avant le commencement du traitement ioduré. La paupière supérieure est relevée ; dans le cul-de-sac conjonctival supérieur, on aperçoit la blessure produite par la tige végétale ; autour de la cornée on a représenté les nodules actinomycosiques.

Le résultat favorable de cette médication ne se fit pas attendre. Au bout de quelques jours, on nota, en effet, une amélioration évidente des lésions épisclérales et conjonctivales. Les nodules ont disparu rapidement et totalement, sauf un, situé dans la zone externe et inférieure, implanté sur une zone de conjonctive rouge et épaisse, qui a aussi guéri rapidement après la ponction. Au fur et à mesure que la conjonctive reprenait son aspect normal, on pouvait apercevoir que la sclérotique, dans toute la portion touchée par le processus nodulaire, avait acquis une coloration gris-bleuâtre caractéristique. La pupille a commencé à se dilater sous

l'influence de l'atropine en prenant une forme ovalaire à grand axe dirigé en haut et en dehors.

L'œil du malade a continué à s'améliorer ; la conjonctive montrait déjà sa coloration rose pâle normale ; la vision était de 1/10. Le 31 décembre on a pu apercevoir le fond de l'œil ; la pupille était plus dilatée encore et l'exsudat qui la recouvrait avait presque disparu.

En résumé : blessure conjonctivale grave produite par une tige végétale souillée, avec rétention de fragments du corps vulnérant et compliquée d'une conjonctivite diffuse et d'une épisclérite localisée, sous la forme de nodules multiples et récidivants. Ces nodules, d'origine mycosique, comme il sera expliqué ci-dessous, ont communiqué à la sclérotique, après leur disparition, une teinte gris-bleuâtre. Le malade a été guéri sous l'influence d'un traitement ioduré local et par voie buccale.

II. Etude mycologique. — Le matériel destiné aux examens de laboratoire a été extrait par notre collègue, le D^r Isola, Chef de Laboratoire dans la Clinique du Prof. Vázquez-Barrière, et par nous-même, des régions suivantes : a) de la lésion traumatique ouverte, au niveau du cul-de-sac conjonctival supérieur ; b) des nodules épiscléraux qui ont été ouverts à cette fin avec une lancette.

Ce matériel a été examiné entre lame et lamelle, sans coloration, et en frottis colorés par la méthode de Gram. On a fait aussi des cultures sur des tubes de gélose glycosée à 2 p. 100, en aérobie et en anaérobie.

A l'examen direct, nous avons observé sur les frottis, soit des nodules, soit de la lésion ouverte, un certain nombre de filaments épars dans la préparation, tous extracellulaires. Ces filaments, plus ou moins rectilignes, longs, de calibre fin, présentent de vraies ramifications latérales et terminales ; ils se colorent en rose pâle par l'éosine, mais ils contiennent une grande quantité de granulations fines, arrondies ou allongées, intensément Gram-positives, disposées en chapelet, le tout ayant l'aspect fragmenté. Certains de ces filaments montrent des extrémités élargies en forme de petites massues. Ces caractères correspondent typiquement à ceux des champignons microsiphonnés du genre *Actinomyces* Harz, 1877.

Nous devons ajouter que sur les frottis faits avec le pus extrait des nodules on ne voyait pas d'autres germes.

Dans un des tubesensemencés avec ce même matériel, et laissé en anaérobie, nous avons pu obtenir de petites colonies d'un *Actinomyces* qui poussait très difficilement, mais nous n'avons pu conserver ce champignon dans les repiquages successifs.

Les tubes ensemencés avec le pus des nodules, et laissés en aérobiose, sont restés stériles. Les tubes ensemencés avec l'exsudat de la blessure ont donné des colonies de bactéries banales, comme on pouvait le prévoir.

Discussion. — Le résultat de l'examen direct de l'exsudat obtenu par ponction des nodules permet d'affirmer l'existence d'un *Actinomyces* qui d'ailleurs se trouve aussi sur les frottis provenant de la lésion ouverte. Malheureusement, le fait de n'avoir pas pu conserver ce champignon en cultures, nous a empêché de déterminer l'espèce.

Pour nous, il est certain que ce germe a été la cause des nodules que présentait le malade à la suite de sa blessure, l'*Actinomyces* ayant été inoculé, vraisemblablement, par la tige végétale traumatisante. L'absence de grains ou de massues dans les préparations ne constitue pas un argument pour nier l'action pathogène du champignon ; en effet, on sait que ces formations peuvent manquer dans les vraies lésions actinomycosiques chez l'homme, notamment dans les différentes localisations oculaires. Nous pouvons donc considérer cet intéressant cas de pathologie ophthalmologique comme une actinomycose conjunctivo-sclérale secondaire d'origine traumatique.

L'actinomycose de la conjunctive palpébrale ou bulbaire n'est pas très rare, quoique beaucoup de cas publiés ne soient pas absolument probants quant à leur nature actinomycosique. Dans les observations bien étudiées, on a quelquefois constaté l'origine traumatique. Au point de vue de la symptomatologie, elle peut se présenter soit sous la forme diffuse, soit sous la forme localisée, nodulaire, comme chez notre malade. Les nodules décrits par d'autres auteurs montrent les mêmes caractères que ceux que nous avons signalés, en particulier le mode d'implantation sur la sclérotique. Les *Actinomyces* cultivés appartiennent certainement à plusieurs espèces, la plupart du temps il s'agit d'aérobies, rarement d'anaérobies.

Le cas décrit à Montevideo, en 1899, par Demicheri, offre des caractères différents ; il s'agissait d'une actinomycose de la conjunctive palpébrale, d'origine non traumatique, avec présence de grains et massues dans le pus.

Notre observation démontre, une fois de plus, que si le diagnostic d'actinomycose conjunctivale peut être soupçonné en présence de certaines affections unilatérales persistantes et rebelles à tous les traitements habituels, seul l'examen de laboratoire est capable d'affirmer l'existence d'une telle maladie. Et, quoique le pronostic de

cette localisation de l'actinomycose soit en général bénin, le diagnostic exact a une importance pratique de premier ordre, car seul le traitement ioduré local et par voie interne conduit à la guérison définitive. La méthode chirurgicale peut accélérer la cicatrisation, mais à elle seule ne suffit pour provoquer la guérison.

Comment le processus pathologique s'est-il propagé, dans notre cas, de la porte d'entrée traumatique à l'endroit où ont apparu les nodules ? Le manque d'études anatomopathologiques, les seules capables d'élucider la question, ne nous permet pas de répondre.

RÉSUMÉ

Description d'un cas d'actinomycose conjunctivo-sclérale, à forme nodulaire, secondaire, d'origine traumatique. Le corps vulnérant était une tige de roseau qui pénétra profondément au niveau du cul-de-sac conjonctival supérieur. À la suite de cet accident, le malade a présenté également une conjunctivite diffuse et une iridocyclite avec synéchie circulaire de la pupille. Après divers traitements infructueux, la guérison définitive a été obtenue au moyen d'une médication iodurée, locale et par voie orale. La sclérotique a conservé une coloration gris-bleuâtre caractéristique après la disparition des lésions actinomycosiques.

BIBLIOGRAPHIE

- CAVARA (V.). — *Le micosi oculari*. Siena, Libreria editrice senese, 1928.
DEMICHERI. — Actinomycose conjonctivale. *Arch. d'ophtalm.*, XIX, 1899, p. 102.

*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^r Maurice Langeron).*
