

et de la pathogénie de la folliculite du conduit, le traitement nous paraît facile à exécuter. Il ne faudra pas, comme on le faisait autrefois, appliquer sur le pavillon des cataplasmes chauds et septiques, dans le but de favoriser l'évacuation du pus; on sait que cette sorte de traitement a l'inconvénient grave de trop ramollir les tissus, de favoriser la diffusion du pus dans les parties voisines et de transformer souvent une otite circonscrite en une inflammation diffuse, parfois même en un véritable phlegmon de la région par inoculation à côté des produits microbiens.

Les fumigations elles-mêmes ne devront être employées qu'avec beaucoup de circonspection, toujours dans le but d'éviter le ramollissement des parois du conduit ou du pavillon et de faciliter par conséquent la pénétration des germes infectieux; par contre, il est indiqué de favoriser et de hâter le plus possible l'évacuation du pus, et dans ce but le meilleur des traitements est certainement l'incision précoce qui, si elle arrive trop tôt, a une action locale favorable, et, si elle est faite au moment où le pus est formé, permet à ce dernier de s'écouler au dehors, et par conséquent au malade de guérir rapidement. Il ne suffit pas d'inciser superficiellement la peau du conduit dans le point où se trouve la tumeur, il faut pratiquer l'ouverture des couches profondes en allant jusque sur le cartilage, de manière à être sûr qu'on a bien mis à nu toute l'épaisseur des parties malades. Il est important au préalable d'aseptiser la région soit à l'aide de lavages au sublimé, soit plutôt avec de l'alcool boriqué; de même le bistouri, droit ou en forme de croissant, doit être stérilisé avant d'être plongé dans les tissus. Faisant ensuite tenir solidement la tête du patient par un aide, on relève doucement le pavillon en haut et en arrière, puis on enfonce directement la pointe dans le conduit de manière que, si l'enfant fait un mouvement pour s'éloigner de l'opérateur, il se trouve faire exécuter lui-même l'incision qu'on voulait pratiquer. Ceci fait, il est important de vider complètement l'abcès à l'aide de pressions sur les parties latérales, d'enlever le bourbillon lorsqu'il s'agit d'un furoncle et d'aseptiser le fond de la plaie à l'aide de tampons imprégnés d'alcool à 95° saturé d'acide borique. Il faut aussi, pour empêcher la fermeture rapide des deux lèvres de l'incision, placer dans l'intérieur un petit drain ou mieux encore une petite lanière de gaze iodoformée faisant fonction de drain, qui permet à l'abcès de se vider complètement avant que la cicatrisation trop rapide n'ait enfermé des produits infectieux qui deviendraient le point de départ d'une nouvelle folliculite¹.

Comme traitement consécutif, il sera bon de faire quelques injections dans le conduit malade, 1, 2 ou 3 par jour au début, puis 1 ou 2 seulement ensuite, avec une solution de sublimé aux 1/5000, et de recommander aux parents de placer dans l'oreille de l'enfant un tampon de ouate aseptique imprégnée de liqueur de van Swieten mitigée ou d'alcool boriqué. Il est rare que, sous l'influence de cette médication, les douleurs ne cessent rapidement et que l'abcès ne guérisse également très vite. Nous préférons de beaucoup le traitement chirurgical que nous venons d'indiquer à tous les autres moyens

(1) Si l'on redoute les mouvements de l'enfant, on peut l'anesthésier au bromure d'éthyle, au chlorure d'éthyle ou au somnoforme pendant les quelques minutes que dure l'opération.

tels que : instillations de glycérine morphinée, injections d'eau de guimauve, huile chaude, etc., et tous autres topiques préconisés contre les douleurs d'oreilles; toutefois, à la place du sublimé ou de l'alcool boriqué, on peut aussi employer la glycérine phéniquée au 1/10° ou 1/5°, dont on imprègne la ouate introduite dans le conduit et avec laquelle on écouvillonne le fond de la plaie après l'incision. S'il est impossible de pratiquer l'ouverture artificielle de l'abcès, soit parce que l'enfant est trop effrayé, soit parce que les parents redoutent le bistouri, on devra alors se borner à un traitement antiseptique qui consistera surtout en lavages du conduit avec la solution de sublimé, la glycérine phéniquée ou mieux encore l'alcool boriqué tel que nous l'avons préconisé, tout en recommandant encore de placer dans l'intérieur du conduit de la ouate imprégnée de l'une de ces différentes solutions.

Un point assez important dans le traitement de la furonculose, c'est, une fois l'abcès guéri, ou en voie de guérison, de ne pas trop multiplier les injections de manière à ne pas favoriser le ramollissement de la paroi du conduit, ce qui aurait l'inconvénient grave de favoriser la pénétration facile de nouveaux micro-organismes et par conséquent la réinfection de la région. Il faut donc, aussitôt que le gonflement a presque disparu, arrêter les lavages, pour arriver sinon à les suspendre tout à fait, du moins à ne les faire que de temps à autre, c'est-à-dire deux fois par semaine d'abord, puis une seule fois; mais il est important de ne pas les abandonner complètement de manière à laisser toujours le conduit parfaitement propre et, dans une certaine mesure, à l'abri de nouvelles poussées infectieuses. A ce titre-là les injections d'eau de guimauve devront être abandonnées aussitôt que les douleurs seront calmées, c'est-à-dire 48 heures ou 3 jours au plus après l'incision, pour être remplacées alors par des injections de sublimé au 1/5000°, ou d'alcool boriqué à la dose d'une cuillerée à soupe — d'alcool à 95° saturé d'acide borique — par 1/2 litre d'eau bouillie tiède. Il est utile de recommander de faire des injections avec des instruments parfaitement propres et surtout avec un embout qui n'a pas trainé dans des tiroirs ou des cabinets de toilette plus ou moins septiques. A cet effet, nous avons fait construire une canule en verre qui est conservée, dans les moments où elle ne sert pas aux injections, dans un tube de verre parfaitement clos et rempli d'alcool boriqué au milieu duquel elle baigne constamment. En un mot, des soins extrêmes de propreté doivent être la base du traitement local. Il est inutile de dire que, si l'otite externe était la conséquence d'une inflammation suppurative de la caisse ou d'une inflammation herpétique du conduit, il serait important de soigner cette complication afin d'éviter de nouvelles poussées.

OTITE EXTERNE DIFFUSE.

L'otite externe diffuse se rapproche beaucoup par ses symptômes de celle que nous venons de décrire; elle reconnaît les mêmes causes : on peut dire même que très souvent c'est la folliculite qui en est le point de départ. Il suffit, en effet, de négliger le traitement de l'inflammation circonscrite ou de la soigner par l'un des moyens que nous avons proscrits tout à l'heure,

pour voir le pus fuser à travers les tissus et transformer une inflammation limitée en une suppuration diffuse.

Les *symptômes subjectifs* sont à peu près les mêmes que ceux indiqués plus haut, mais les douleurs sont plus violentes, elles arrivent à empêcher le sommeil et à occasionner chez les enfants des accès de fièvre intenses au point de faire craindre des complications beaucoup plus graves, d'empêcher tout mouvement de l'oreille. C'est à peine si les malades peuvent ouvrir la bouche tellement l'écartement des mâchoires est douloureux. Les douleurs occupent tout le côté de la tête correspondant, le cou et très souvent la nuque; les phénomènes locaux sont également plus intenses. Si l'audition n'est pas plus mauvaise, les bourdonnements sont, au contraire, beaucoup plus violents. On voit à l'examen direct non seulement les parois du conduit accolées, mais la plupart du temps le pavillon comme soulevé et écarté du crâne, les ganglions sont engorgés et toute cette région est dans un état d'empatement tel que, n'étant le gonflement périphérique de l'oreille existant aussi bien en avant qu'en arrière, on pourrait penser à une lésion beaucoup plus profonde. C'est du reste une erreur assez fréquente chez le médecin de considérer comme une otite externe les inflammations suppuratives de la caisse avec complication du côté de l'apophyse mastoïde. Très souvent, en effet, il arrive dans la pratique de voir des inflammations de ce genre être traitées d'otite externe alors qu'il s'agit en réalité d'otite moyenne ou d'ostéo-périostite mastoïdienne. La véritable otite externe diffuse est assez rare chez l'enfant et, à ce point de vue, mon expérience concorde absolument avec celle du professeur Politzer.

Si l'affection n'est pas traitée assez tôt, on peut voir la suppuration se faire jour jusqu'à la partie interne du conduit auditif, gagner même le tympan dont elle peut provoquer l'inflammation et la perforation par ulcération secondaire. La plupart du temps, le conduit est dans ces cas tellement atrésié que les produits de sécrétion ne peuvent plus trouver d'issue au dehors, il est alors rempli de matières épidermiques plus ou moins ramollies, baignant dans un liquide séreux ou séro-purulent qui contient, on le conçoit, des micro-organismes en grand nombre, qui favorise par conséquent l'état infectieux de cette région. Dans ces cas on a vu se produire des décollements du pavillon ou de la paroi du conduit, et de véritables saillies polypoïdes dans l'intérieur de cette cavité.

Le *diagnostic* de cette forme d'otite externe diffuse n'est pas toujours très facile, ainsi que nous l'avons dit plus haut, car elle est aisément confondue avec la périostite mastoïdienne consécutive à une suppuration de la caisse. C'est surtout par la marche de la maladie, par le siège de la douleur et du gonflement que l'on peut arriver à poser le diagnostic d'une lésion périphérique, avec ou sans suppuration concomitante, de la caisse et de l'apophyse mastoïde. Il est important de reconnaître la nature de la lésion puisque, somme toute, le traitement ne serait pas le même dans les deux cas.

Traitement. — Dans l'otite externe diffuse on pourrait essayer d'arrêter le processus inflammatoire à l'aide de sangsues placées en avant du tragus ou bien au-dessous de l'oreille. Elles seraient appliquées une par une, toutes

les deux heures, suivant l'âge et le tempérament de l'enfant; elles devraient être, dans ce cas, mises tout à fait au début de l'affection dans le but d'obtenir la résolution. Mais, lorsqu'on soupçonne l'existence du pus, c'est-à-dire après 3 ou 4 jours de maladie, il ne faut pas hésiter à pratiquer le débridement de la région en choisissant pour cela le point le plus saillant. Généralement, une incision faite dans le conduit à la partie inférieure suffit pour vider l'abcès, surtout si l'on a soin de faire l'incision non seulement profonde, mais assez large pour permettre ensuite le passage d'un petit drain qui restera à demeure jusqu'au jour où toute espèce de gonflement périphérique aura disparu. Dans quelques cas, une incision analogue doit être pratiquée en arrière du pavillon, incision qui communiquera souvent par un drain avec la première et permettra un nettoyage complet de la cavité malade. Très souvent même, s'il existe de l'ostéo-périostite diffuse, il faudra pratiquer l'incision rétro-auriculaire jusqu'à l'apophyse mastoïde (incision de Wilde), qu'on avait pensé, pendant un temps, suffisante pour guérir les suppurations venant même de la caisse. Nous savons aujourd'hui que, si ce débridement suffit très bien à l'otite externe diffuse compliquée de périostite mastoïdienne, il est au contraire tout à fait insuffisant lorsqu'il s'agit d'un abcès intra-mastoïdien. Les dimensions, le siège et l'importance de l'incision varieront, bien entendu, d'après chaque cas.

Le traitement chirurgical sera toujours fait suivant les règles vulgaires de l'asepsie, et le traitement consécutif sera le même que celui indiqué plus haut à propos de l'otite externe circonscrite. S'il existe des granulations ou des fongosités, elles seront, bien entendu, soigneusement curettées et le fond de la plaie sera écouvillonné à l'aide d'une solution au chlorure de zinc au 1/10^e, on appliquera ensuite un pansement humide au sublimé. La propreté absolue du conduit et de l'incision est indispensable, car on sait avec quelle facilité les plaies de cette région s'infectent et deviennent le point de départ de poussées érysipélateuses, lorsqu'on ne prend pas les précautions voulues pour éviter ces sortes d'accidents. Le traitement consécutif sera le même que celui indiqué plus haut. On pourra, suivant le tempérament des enfants et leur âge, ajouter ensuite au traitement local une médication générale qui consistera soit en purgations légères, soit en administration de médicaments iodés ou toniques appropriés, bien entendu, à chaque malade.

OTITE EXTERNE PARASITAIRE (OTOMYCOSE).

L'inflammation parasitaire du conduit auditif externe est assez rare chez l'enfant, on l'observe cependant quelquefois. Elle consiste en une sorte de champignon se développant dans le fond du conduit, ou généralement au niveau du tympan, donnant à la membrane et à la région dans laquelle elle apparaît un aspect tout à fait particulier. Les spores seraient amenées, d'après quelques auteurs, simplement par l'air introduit dans le conduit auditif, et, par suite de circonstances favorables, elles se développeraient, germeraient et se multiplieraient rapidement; il nous semble préférable de penser, avec Bezold, que les champignons évoluent à la suite d'instillations de substances

huileuses ou graisseuses qui créent un terrain tout à fait favorable à la croissance du mycélium. Politzer dit même avoir surtout rencontré l'otomycose chez des malades habitants des localités humides, c'est-à-dire des régions où se produisent facilement des moisissures. On rencontre également cette forme d'otite externe chez des enfants porteurs d'anciens écoulements de l'oreille peu abondants, dont les sécrétions se concrètent sous la forme de croûtes séjournant, plus ou moins longtemps, dans un conduit dont les parois sont ramollies et enflammées; on peut même, dans ces cas, voir les champignons envahir la caisse elle-même si le tympan est perforé.

Les symptômes sont extrêmement variables et souvent absolument nuls, à moins toutefois que les champignons n'arrivent en contact avec la partie profonde de la peau, auquel cas ils déterminent une inflammation de la région qui se traduit par les signes atténués de l'otite externe circonscrite, c'est-à-dire par des démangeaisons plus ou moins violentes, parfois même de petites douleurs lancinantes se propageant vers la nuque ou la mâchoire. C'est surtout en examinant l'oreille que l'on peut faire le diagnostic de la maladie. En effet, le conduit est rempli de matières épidermiques plus ou moins ramollies qui très souvent ont un aspect noir comme si on avait instillé de l'encre dans l'oreille des enfants. Au début, les parties noires se montrent sous la forme de petits points caractéristiques, tandis qu'un peu plus tard c'est une véritable masse de suie que l'on a sous les yeux. À l'examen microscopique on reconnaît l'existence de l'*aspergillus flavescens*, ou le plus souvent de l'*aspergillus nigricans*; c'est ce dernier, du reste, qui donne aux sécrétions cet aspect noir tout à fait particulier. Dans le premier cas, au contraire, les lambeaux d'épiderme détachés ressemblent à une sorte de masse jaunâtre analogue à du lycopode. Une fois le conduit nettoyé, il n'est pas rare de trouver la couche externe du tympan et du conduit rouge, enflammée et irritée. On a également signalé la présence de tricophyties (Bar) dans l'oreille externe.

La marche de l'otite externe parasitaire dépend du nombre des champignons et de la rapidité de leur développement. Dès que la maladie est reconnue, on peut dire qu'elle est rapidement guérie et les symptômes inflammatoires qu'elle a occasionnés disparaissent assez vite si l'on applique un traitement convenable.

Le diagnostic est très simple quand on a eu l'occasion de l'observer une fois; l'aspect des sécrétions épidermiques, la teinte noirâtre qu'elles ont dans bien des cas sont assez caractéristiques pour qu'elles ne puissent être confondues avec aucune autre affection du conduit; tout au plus, pourrait-on songer à un bouchon de cérumen, mais ici la sécrétion est beaucoup plus uniforme, mieux liée et ne ressemble pas aux masses épidermiques de l'otite parasitaire. Les récidives sont assez fréquentes si l'on ne prend soin de supprimer les causes, ou tout au moins de faire dans le conduit un traitement prophylactique à certains intervalles.

Le traitement consiste à enlever d'abord les sécrétions à l'aide d'injections d'eau alcoolisée qui sont insuffisantes pour guérir l'affection. Une fois le conduit propre, il est important d'en badigeonner toutes les surfaces avec

une solution d'alcool rectifié, boriqué ou pur, dont on laisse quelques gouttes dans l'oreille pendant plusieurs heures. Ces instillations pourront être répétées plusieurs fois par le malade, pendant quelques jours; elles suffisent habituellement pour détruire toutes les spores et, par conséquent, guérir l'affection.

Afin de prévenir les récidives, il est important de faire de temps à autre des injections de même nature suivies d'instillations d'alcool, qui seront espacées de plus en plus à mesure que diminuera la tendance à la récidive.

BOUCHONS DE CÉRUMEN.

Quoique plus rare que chez l'adulte, l'obstruction cérumineuse du conduit se rencontre assez fréquemment chez l'enfant. Il est facile de comprendre du reste que la sécrétion des glandes cérumineuses peut, chez quelques enfants, dépasser les limites normales et devenir le point de départ d'une accumulation de sécrétions déterminant, chez lui comme chez l'adulte, les symptômes caractéristiques de l'obstruction du conduit. On sait que ces symptômes varient beaucoup suivant que l'accumulation de cérumen est plus ou moins considérable; on peut même dire que, dans les cas où la sécrétion n'est pas suffisante pour obstruer complètement la lumière du conduit, les symptômes sont à peu près nuls; puis tout à coup apparaissent des bourdonnements consistant en bruits de coquillage, eau qui va bouillir, bruit de vent dans les feuilles, etc. Tantôt c'est après un simple lavage du visage de l'enfant pendant lequel l'eau a pénétré dans le conduit, ramollissant le cérumen qu'il gonfle; d'autres fois c'est en faisant un mouvement de mastication, en bâillant, en tirant l'oreille de l'enfant. En un mot, tout mouvement susceptible de déplacer la masse cérumineuse au point d'amener une obstruction du conduit auditif détermine les symptômes qui caractérisent cette affection. En dehors des bourdonnements qu'on observe alors, la surdité peut être considérée comme le symptôme capital qui attire l'attention des parents. Si les enfants sont assez grands pour traduire leurs sensations, ils disent éprouver comme une sorte d'obstruction dans l'oreille atteinte, et lorsqu'ils parlent ils entendent de ce côté un retentissement de leur voix analogue à celui qu'on produit artificiellement lorsqu'on obture les méats auditifs avec les doigts.

Bien que les bouchons puissent dans quelques cas, chez l'adulte, produire des vertiges, nous ne pensons pas que le fait ait été observé chez l'enfant, car chez lui la masse cérumineuse n'acquiert jamais, ou presque jamais, cette dureté calcaire fréquente chez l'adulte, et il est rare que l'obstruction soit aussi considérable que chez ce dernier.

Le diapason *ut* mis en vibration sur le vertex se latéralise très nettement du côté obstrué si une seule oreille est atteinte, ou du côté le plus fermé si les deux côtés sont inégalement sourds. L'examen révèle l'existence du cérumen dont l'aspect varie du blond le plus tendre jusqu'au brun le plus foncé, suivant la nature de l'enfant; car il est à remarquer que chez les blonds le cérumen est pâle, tandis que chez les bruns il est ordinairement marron ou noir.

L'existence des bouchons est trop facile à reconnaître à l'examen otoscopique pour que nous ayons besoin d'y insister davantage; toutefois nous recommandons de ne poser le diagnostic qu'après s'être rendu compte *de visu* que c'est bien à un obstacle de ce genre que l'on a affaire et non de traiter de bouchon de cérumen toute surdité, sans même regarder l'oreille, comme on le fait trop souvent dans la pratique.

Le traitement consiste à ramollir la masse compacte à l'aide d'instillations faites pendant 24 ou 48 heures; la solution qui nous paraît le mieux convenir dans ce cas est la suivante :

Borate de soude	0,15 centig.
Glycérine pure	10 grammes.

On introduira 15 à 20 gouttes de ce liquide dans l'oreille en faisant pencher la tête de l'enfant du côté opposé à l'organe malade, pour permettre à l'instillation de pénétrer profondément dans le conduit. Un tampon de ouate placé à l'entrée du méat maintiendra la solution en contact direct avec la sécrétion qu'elle est destinée à dissoudre. Une injection abondante (un demi-litre au moins) d'eau tiède pure ou boriquée suffit le plus souvent pour enlever le cérumen dissous. Dans tous les cas, si un premier lavage n'était pas suffisant, on continuerait les instillations boratées dont nous avons donné la formule, qu'on ferait suivre d'une deuxième ou troisième injection jusqu'au moment où le conduit serait complètement débarrassé de la matière qui l'obstruait. Il est important de vérifier, à l'aide du spéculum et de la lumière réfléchie, si le conduit est parfaitement libre, afin de cesser le traitement aussitôt que l'obstruction a disparu, pour ne pas s'exposer, par des injections trop répétées, à occasionner des irritations locales dont l'otite externe pourrait être la conséquence.

Lorsqu'un enfant est atteint d'obstruction cérumineuse, il est utile de conseiller aux parents de faire empiriquement, tous les deux mois environ, des instillations de glycérine boratée le soir, suivies le lendemain matin d'une injection d'eau tiède, afin de tenir les oreilles en parfait état de propreté. Il sera bon, une fois que les conduits auditifs auront été lavés, de maintenir de la ouate dans le méat pendant plusieurs heures, afin de bien sécher la région ainsi nettoyée.

EXOSTOSES DU CONDUIT.

Les exostoses, ou hyperostoses du conduit auditif, sont relativement rares chez l'enfant; elles se reconnaissent à leur forme généralement arrondie, occupant le conduit osseux à la partie postérieure ou postéro-supérieure. Elles ont un aspect un peu plus pâle que le reste du canal auditif dont elles réduisent plus ou moins la lumière, suivant leur volume et leur forme. Le stylet permet de reconnaître leur dureté ligneuse.

En général, on n'a guère à intervenir chez les enfants, à moins que l'obstruction du conduit soit à peu près complète; dans ce cas, c'est à l'exérèse à l'aide de la gouge qu'il faut généralement avoir recours. Rappe-

lons toutefois que de Troeltsch dit avoir vu des exostoses diminuer de grosseur à la suite de l'introduction, pendant plusieurs années, de tiges de laminaire qui auraient produit une nécrose superficielle et un séquestre élargissant le conduit atrésicé. Suivant la nature de l'exostose on peut essayer soit l'excision à la gouge, soit l'arrachement avec une pince à mors, la destruction galvano-caustique ou électrolytique, mais la plupart du temps on est obligé, pour mettre en pratique ce traitement, de décoller le pavillon afin de bien suivre les différents temps de l'opération.

CORPS ÉTRANGERS DE L'OREILLE.

Tous les praticiens qui s'occupent d'otologie savent combien il est fréquent de rencontrer des corps étrangers dans l'oreille des enfants qui s'amuse soit à s'introduire eux-mêmes, soit à se faire mettre par leurs camarades les objets les plus variés dans l'intérieur de ce conduit. Nous pourrions citer toute la série des corps susceptibles de pénétrer dans cette cavité, car tous ont été observés un plus ou moins grand nombre de fois. Ce sont surtout des pois, des haricots, des noyaux variés, des graines diverses, des cailloux, des perles, des bouts de crayon, des boutons de chemise, de la ouate, du papier qu'on rencontre le plus souvent. Les morceaux d'ail ou d'oignon pilé, que l'on observe parfois, ont généralement été introduits par les parents pour calmer des douleurs d'oreille. A la campagne on rencontre des grains de mil, de froment, de l'avoine, de l'orge, du maïs ou autres herbes que les enfants s'introduisent par mégarde en jouant dans les champs, ou dans des paillets avec leurs camarades.

Les symptômes occasionnés par la présence des corps étrangers sont très souvent nuls et resteraient tels pendant des années, si les parents épouvantés ne cherchaient pas à enlever, par tous les moyens possibles, les objets introduits dans le conduit auditif. Habituellement ces tentatives ont pour résultat d'enfoncer plus avant le corps du délit et de produire souvent des désordres que l'on a ensuite beaucoup de peine à réparer. Les parents ne sont pas seuls fautifs dans ce cas, car le médecin, consulté lui-même, essaie à l'aide d'instruments variés, sans même prendre la précaution de regarder dans l'oreille, de déloger ledit objet. Se servant alors de pinces à formes variées, de crochets plus ou moins acérés, il va à tâtons fourrager dans l'oreille de l'enfant qui, à la première douleur, commence à s'agiter; bientôt ces manœuvres sont suivies d'un écoulement sanguin, plus ou moins abondant, qui a pour résultat non seulement de faire disparaître le corps étranger dans le fond du conduit ou même derrière le tympan, mais d'amener autour de lui une réaction inflammatoire septique rendant ensuite les interventions ultérieures fort difficiles à cause de l'indocilité de l'enfant, douloureuses à cause du gonflement du conduit et quelquefois même infructueuses parce qu'il n'est plus possible de faire passer l'objet par un canal devenu trop étroit à la suite de la poussée inflammatoire dont il est atteint. On a même signalé, et nous avons vu survenir des cas de mort par méningo-encéphalite diffuse consécutive à des