

6° L'otite moyenne purulente aiguë se transforme en *suppuration chronique de l'oreille moyenne* qui sera décrite dans le chapitre suivant.

*Diagnostic.* — Le diagnostic de l'otite moyenne suppurative aiguë, avant la perforation de la membrane, et la distinction de cette forme d'inflammation et de la myringite aiguë résultent des signes diagnostiques différentiels que nous avons appris à connaître à propos de la myringite aiguë (pag. 206). Mais nous ne possédons pas de points de repères précis qui nous permettent de prévoir dans un cas donné s'il y aura rupture de la membrane, ou si l'affection, comme dans l'otite moyenne aiguë, évoluera sans perforation. On ne peut s'attendre avec vraisemblance à voir se produire la perforation, qu'en présence de phénomènes inflammatoires très violents, d'une forte tuméfaction de la membrane du tympan, à travers laquelle on voit le pus vert-jaune, ou si la saillie de la membrane se termine par une pointe pustuleuse. Mais il n'est pas rare que la maladie se termine sans perforation, même quand il y a des phénomènes inflammatoires très intenses, tandis que, d'autre part, des symptômes objectifs et subjectifs très légers sont suivis de la rupture de la membrane.

Après la production de la perforation, le diagnostic de la suppuration aiguë de la caisse s'établit : 1° par l'inspection oculaire, l'ouverture devenant visible après l'enlèvement de la sécrétion, ou seulement par l'expérience de VALSALVA ou l'emploi de mon procédé ; 2° par l'auscultation, qui permet d'entendre le bruit de bouillonnement ou de râle produit par le passage de l'air comprimé dans la caisse par l'ouverture perforative. Cette constatation est surtout utile dans les cas où l'ouverture a lieu dans la partie antérieure de la membrane tympanique et se trouve masquée par le bombement de la paroi antéro-inférieure du conduit auditif, ou lorsque l'ouverture de la perforation ne peut être vue surtout à cause de la sécrétion profuse ; l'absence de bouillonnement par l'expérience de VALSALVA n'exclut pas du tout une ouverture de la membrane, parce que la résistance de la trompe est souvent si considérable que l'air n'arrive pas dans la caisse, ou qu'il y pénètre avec si peu de force que les bords de la perforation ne sont pas écartés l'un de l'autre. Un phénomène digne de remarque, c'est que quelquefois l'air passe avec une faible pression, tandis que le bouillonnement cesse pour une pression plus forte. C'est le cas de ces rares perforations qui traversent obliquement les couches de la membrane tympanique, de telle sorte que les orifices interne et externe ne sont pas à la même hauteur et qu'une forte pression appuie les parois l'une contre l'autre.

Le diagnostic chez les enfants offre des difficultés, si le premier examen a lieu après la perforation. Ici, la forte tuméfaction s'étendant de la membrane au conduit auditif externe et la sécrétion se renouvelant promptement après l'injection, l'ouverture est rarement visible et l'on peut d'autant moins pratiquer l'auscultation pendant l'expérience de VALSALVA, que celle-ci est presque toujours impossible.

Pour établir, en pareils cas, le diagnostic différentiel entre l'otite moyenne suppurative aiguë et l'otite externe, on doit tenir compte d'abord de la compo-

tion de l'exsudat. S'il renferme de gros flocons muqueux, s'étirant en fils, on est autorisé à établir le diagnostic d'une otite moyenne suppurative aiguë, parce que, dans l'otite externe primitive, la sécrétion renferme bien des grumeaux purulents et des débris épidermiques, mais pas de véritable mucosité. Cependant l'exsudat de la caisse, comme nous l'avons vu, peut être aussi surtout purulent, de sorte que l'absence de mucosité dans l'écoulement ne permet pas d'exclure la suppuration aiguë de l'oreille moyenne. Comme il est important, dans ces cas douteux, de s'assurer du point de départ de la sécrétion, il convient de pratiquer une douche d'air par mon procédé pour constater par l'auscultation la présence d'une ouverture perforative. Cette opération est d'autant plus facile que l'entrée de l'air dans la caisse chez les enfants a lieu, comme on sait, sans acte de déglutition (SCHWARTZE).

*Pronostic.* — Le pronostic de l'otite moyenne suppurative aiguë dépend surtout des circonstances originelles et de l'état de l'organisme général. Il sera favorable, si l'affection est indépendante ou résulte de l'extension à la caisse d'un catarrhe naso-pharyngien, quand l'individu atteint est sain de corps et que le malade se trouve dans des conditions extérieures favorables. Comme *circonstances favorables*, au point de vue du pronostic, pendant le processus pathologique, on peut citer : la perforation dans les premiers jours de la maladie, le départ rapide de la douleur, la diminution précoce de la sécrétion et des pulsations de la membrane, et enfin l'accroissement continu de la distance d'audition pendant la durée de l'écoulement. Au contraire, le pronostic est défavorable chez les individus scrophuleux, tuberculeux, syphilitiques, chez les diabétiques, chez les personnes cachectiques, affaiblies par des souffrances corporelles ; en outre pour les suppurations de la caisse qui se sont développées dans le cours de la scarlatine et du typhus ; moins défavorable dans les inflammations qui se produisent à la suite de la rougeole.

Les symptômes défavorables, au point de vue du pronostic, pendant le cours de la maladie sont : la persistance ou le retour fréquent de la douleur, la sécrétion profuse, persistant après une durée de plusieurs semaines de la maladie, ou les hémorragies de l'oreille, les bruits subjectifs ininterrompus, la destruction rapide du tissu de la membrane et l'accroissement rapide de l'ouverture de la perforation, la formation de granulations sur la membrane, le détachement d'un ou de plusieurs osselets, en outre la production d'un gonflement dans le méat osseux, d'une enflure douloureuse, variant en plus ou en moins, de l'apophyse mastoïde, une forte infiltration des glandes dans la région latérale du cou, avec affection purulente du tissu glandulaire et troubles fonctionnels dans le domaine du nerf facial.

*Traitement.* — Le traitement de la suppuration aiguë de la caisse, au début de la maladie et avant la perforation de la membrane, diffère peu de celui de l'otite moyenne aiguë. Aussi, pour ne pas nous répéter, nous renverrons au chapitre correspondant (pag. 233-237), pour le traitement local, la diète et le traitement des affections simultanées de l'espace naso-pharyngien.

Il est très important de surveiller les modifications de la membrane du tympan qui permettent de conclure à une forte accumulation de pus dans la

caisse, surtout chez les enfants, si l'affection est accompagnée d'une forte fièvre et de symptômes cérébraux ou de douleur grave persistante.

En présence des symptômes menaçants, déjà décrits, de l'accumulation de pus dans la caisse, on ne doit pas hésiter à pratiquer la paracentèse de la partie la plus saillante de la membrane tympanique, pour donner un cours libre à l'exsudat accumulé. Non seulement les douleurs violentes sont ainsi rapidement apaisées, mais le danger d'une extension de l'inflammation à la cavité crânienne est aussi écarté. L'opération est encore indiquée dans le cas où la douleur excessive, supprimant le sommeil, et résistant à toute médication locale ou interne, persiste sans interruption, même si la membrane n'est pas en même temps fortement saillante. (Pour la technique de la paracentèse, voir pag. 264.)

Dans la conduite de l'opération, il faut surtout faire attention de traverser complètement la membrane et de ne retirer l'instrument qu'après avoir un peu élargi l'ouverture. L'hémorragie est ordinairement légère et de courte durée. L'exsudat de la caisse passe immédiatement à travers l'incision, ou, s'il est consistant, l'écoulement n'a lieu qu'au bout d'un jour ou deux. Pour accélérer la fluidification du dépôt dans la caisse, il est bon de remplir plusieurs fois par jour le méat avec de l'eau chaude (bain d'oreille de v. TRÖLTSCHE) ou avec un mélange chauffé d'extrait aqueux d'opium et d'eau distillée, 1 : 3.

Dans les premiers jours après la perforation, on se bornera à enlever l'exsudat par le lavage du conduit auditif avec de l'eau tiède (26 à 28°), dans laquelle on a dissous une pincée d'acide borique<sup>1</sup>. Un faible jet d'eau suffit pour enlever l'exsudat du méat. Le mieux est de se servir d'une petite seringue en caoutchouc durci contenant environ 40 gr. de liquide, à bout court et arrondi (chez LEITER, à Vienne); les petites poires molles en caoutchouc, qui sont rapidement hors d'usage, conviennent moins. L'emploi des grandes seringues anglaises pour l'oreille, qui rendent de bons services pour enlever des corps étrangers, des bouchons de cérumen ou des masses caséuses épaisses, doit être évité dans les cas aigus, parce qu'un jet d'eau trop puissant augmenterait l'irritation inflammatoire de la caisse. Le nombre des injections en vingt-quatre heures se détermine d'après l'abondance de l'écoulement; si l'exsudation est profuse, il faut nettoyer l'oreille toutes les heures; si elle est modérée, deux ou trois injections par jour suffisent.

Mais l'injection dans le conduit auditif externe ne nettoie pas la caisse, parce que le jet d'eau ne peut y pénétrer par la petite ouverture perforative. Aussi, pour enlever à fond l'exsudat, celui-ci doit être poussé dans le méat par un courant d'air pénétrant dans la caisse par la trompe.

L'expérience de Valsalva est ici aussi peu indiquée que, d'une manière générale, pour l'introduction de l'air dans la caisse dans les cas de catarrhes de l'oreille moyenne, bien que l'air pénètre plus facilement quand la membrane est perforée que lorsqu'elle est intacte. Mais alors même que l'entrée de

<sup>1</sup> Il sera parlé du nettoyage, dit sec, de l'oreille, qui se montre très actif dans quelques cas, à propos du traitement des suppurations chroniques de la caisse.

l'air a lieu facilement par l'expérience de VALSALVA, la pression est trop faible pour chasser l'exsudat de la caisse aussi complètement qu'à l'aide de mon procédé ou du cathétérisme. En outre, s'il y a de grandes résistances dans la caisse, l'expiration forcée de l'expérience de VALSALVA provoque dans la tête une hyperhémie d'arrêt ayant une influence fâcheuse sur l'affection locale, comme les développements antérieurs sur ce sujet l'ont mis hors de doute.

Pour les raisons indiquées à plusieurs reprises, l'emploi de mon procédé se recommande donc dans l'otite moyenne suppurative aiguë, pour rendre la trompe perméable et enlever à fond l'exsudat de la caisse, parce qu'avec lui l'entrée de l'air dans l'oreille moyenne est effective dans la plupart des cas. Ce procédé doit être préféré au cathétérisme, surtout dans les affections aiguës, parce que le contact immédiat du cathéter avec la muqueuse irritée de la trompe augmente l'engorgement et la sécrétion de l'oreille moyenne. D'ailleurs les observations récentes de KNAPP (l. c.) ont confirmé, que l'effet thérapeutique de mon procédé, dans la suppuration aiguë de la caisse, est plus considérable que par le cathétérisme.

Le cathétérisme de la trompe d'Eustache n'est donc indiqué que dans les cas rares où, par suite d'une très forte résistance de la trompe, l'air ne pénètre pas par mon procédé. Mais dans le plus grand nombre de ces cas, déjà après une première douche par le cathéter, la résistance de la trompe est assez diminuée pour que, dans la suite du traitement, mon procédé réussisse facilement.

En dehors de la modification que j'ai indiquée (remplacement de l'acte de déglutition par la prononciation de certains mots, comme « König, maatrix »), une modification proposée récemment par LEWI, HOLT et TANSLEY, pour fermer le palais pendant l'application de mon procédé, se recommande dans quelques cas; elle consiste à faire gonfler fortement les joues pendant la douche d'air; le voile du palais est ainsi pressé contre la paroi postérieure du pharynx, et l'espace supérieur du pharynx est fermé par en bas. On peut obtenir aussi le même effet, comme je l'ai reconnu le premier, en faisant faire, pendant la compression de l'air dans l'espace naso-pharyngien, une forte inspiration par la bouche, entre les lèvres rapprochées ou à travers un petit tube tenu entre les lèvres.

Dans une série de cas, à l'aide de ces modifications, mon procédé donne le même résultat que pendant l'acte de déglutition; fréquemment pourtant, l'entrée de l'air n'a pas lieu de cette manière ou n'a lieu que très faiblement. Mais il faut dire aussi que la douche d'air réussit très bien, dans certains cas, au moment d'une forte expiration ou inspiration par la bouche, là où elle échoue pendant l'acte de déglutition.

Quant à la pression à employer pour la douche d'air, il suffit de rappeler d'une manière générale ce qui a été développé à propos du traitement de l'otite moyenne aiguë (pag. 259). Chez les enfants et les vieillards, chez les individus nerveux, affaiblis et épuisés, on essayera d'abord un faible courant d'air en soufflant avec la bouche (v. page 139), et l'on n'augmentera la pression (avec le ballon), que si l'on ne réussit pas de cette

manière à faire pénétrer l'air dans la caisse, ou s'il entre avec trop peu de force. Chez les personnes adultes, fortes, au contraire, il convient, pour bien nettoyer la caisse, d'employer un courant d'air plus énergique, à l'aide du ballon, sans craindre d'accroître la réaction, comme dans l'otite moyenne aiguë non perforative, parce que l'air peut s'échapper par l'ouverture de perforation dans le conduit auditif externe. Seulement dans le cas où, après l'ouverture de la membrane, la douleur a conservé une grande intensité, les douches d'air doivent être pratiquées avec une pression plus modérée.

Cette simple méthode de traitement suffit très souvent, *sans aucune autre intervention thérapeutique*, pour arrêter la suppuration et amener la *guérison complète*. Cependant, si les douches d'air continuées pendant plusieurs jours n'ont pas produit une diminution notable de l'exsudation, une *médication locale* est indiquée pour l'écartier plus rapidement.

On sait que jusqu'ici les *instillations astringentes*, particulièrement les solutions de zinc et de plomb, ont été employées pour arrêter la sécrétion purulente. Dans ces derniers temps, cette méthode de traitement a reçu une modification importante par le traitement antiseptique à l'aide de l'*acide borique* cristallisé, recommandé par BEZOLD. J'ai trouvé tant d'avantages à l'acide borique, dans le plus grand nombre des cas d'otite moyenne suppurative aiguë, que maintenant je l'emploie presque exclusivement, et je n'ai recours aux astringents que si l'acide borique n'arrête pas assez vite la suppuration.

L'emploi de ce remède est très simple. Après avoir nettoyé et séché le conduit auditif, on prend une pincée de poudre (0<sup>g</sup>,6 environ) que l'on envoie, à l'aide de l'insufflateur pour le larynx de STÖRK ou d'un tuyau de plume d'oie, assez loin dans le méat pour que la membrane du tympan soit couverte d'une forte couche de poudre. Puis le conduit auditif est fermé avec du coton de BRUNS, et la poudre est laissée dans l'oreille jusqu'au jour suivant. Si elle se montre humide, on nettoie de nouveau l'oreille et on insuffle encore de l'acide borique. Ce traitement est continué jusqu'à ce que la poudre reste complètement sèche dans l'oreille au bout de vingt-quatre heures; on la laisse alors deux à trois jours en place et on nettoie ensuite. Si la poudre reste sèche plusieurs jours dans l'oreille, on peut admettre avec vraisemblance que la suppuration a cessé.

L'avantage important du traitement par l'acide borique sur celui par les astringents consiste en une grande *diminution de la durée du traitement*. Mes observations sous ce rapport concordent avec celles de BEZOLD et celles très nombreuses de E. MORPURGO. En outre, l'acide borique produit rarement ces retours des symptômes réactifs, que l'on observe quelquefois quand on emploie des solutions de sulfate de zinc et d'acétate de plomb.

Malgré cette action avantageuse de l'acide borique, il se présente des cas où il n'arrête pas l'exsudation, tandis que l'emploi consécutif d'instillations astringentes la fait cesser rapidement. Les astringents les plus actifs dans l'otite moyenne suppurative aiguë sont, d'après mon expérience, le sulfate de zinc et le saccharate de plomb. Mais il ne faut procéder à leur instillation que lorsque la douleur a complètement cessé, parce que l'emploi des

solutions médicamenteuses avant le départ des phénomènes de réaction augmente fréquemment la douleur.

Pour mettre la solution en contact immédiat avec les parties malades, il faut d'abord nettoyer la caisse et le conduit auditif externe par une douche d'air suivie d'une injection. L'eau qui reste dans le méat après l'injection est enlevée à l'aide d'un morceau de coton roulé en boule ou d'un morceau de toile, en faisant pencher la tête de côté. La solution, *toujours réchauffée*, doit être laissée dix à quinze minutes dans l'oreille et l'instillation est répétée soir et matin.

Par l'emploi du sulfate de zinc (sulf. zinc. 0,2; eau distillée 20; instiller 10 à 15 gouttes tièdes), on diminue souvent la sécrétion, mais il est rare qu'on l'arrête rapidement. Aussi, lorsque les instillations de sulfate de zinc répétées plusieurs fois par jour n'amènent pas une diminution rapide de la suppuration, il convient de passer aux instillations de solutions plombiques (sacch. saturn. 0,2; eau distillée 20,0; comme ci-dessus), qui font souvent cesser l'exsudation au bout de peu de temps. D'après mon expérience, les solutions plombiques agissent plus rapidement si elles succèdent à des instillations d'une solution de sulfate de zinc pratiquées pendant quelques jours. Comme ce mode d'application des solutions astringentes, par suite de la petitesse d'ouverture de la perforation, n'introduit qu'une faible quantité du médicament dans la caisse, il est probable que la solution agit d'abord sur la surface extérieure de la membrane tympanique et que l'effet du remède s'étend à la muqueuse malade de l'oreille moyenne par voie de contiguïté à travers l'ouverture perforative.

Les solutions concentrées de *nitrate d'argent*, recommandées par SCHWARTZ contre la suppuration chronique de l'oreille moyenne (traitement caustique) (0,8—1,0:10,0 eau distillée) ont été proposées aussi par DE ROSSI et POMEROY pour le traitement de l'otite moyenne purulente aiguë. Mais comme le traitement caustique, dans les cas aigus, est accompagné souvent d'une réaction plus forte que dans les cas chroniques, on n'emploiera le nitrate d'argent que si la suppuration résiste aux traitements précédemment indiqués.

Une méthode de traitement, peu appréciée jusqu'ici et donnant pourtant de bons résultats dans les cas de suppuration aiguë opiniâtre de l'oreille moyenne, consiste à faire des *injections d'eau chaude dans la caisse par le cathéter* (pag. 130, 133). Je me sers de cette méthode, employée pour la première fois dans ma clinique par le D<sup>r</sup> EDWIN MILLINGEN, quand la douleur persiste sans interruption après la rupture de la membrane du tympan, malgré le traitement palliatif, et que la suppuration ne peut être arrêtée par le traitement local indiqué; en outre, dans les formes rebelles où l'ouverture perforative se trouve sur une élévation en forme de mamelon, et enfin dans les inflammations douloureuses de l'apophyse mastoïde. L'effet produit est souvent excessivement rapide; en général, la douleur cesse immédiatement après l'injection du liquide, la forte suppuration s'arrête au bout de quelques jours, l'élévation en forme de mamelon de la membrane s'affaisse et il n'est pas rare que les phénomènes violents d'inflammation de l'apophyse mastoïde disparaissent complètement.

J'ai déjà dit que quelquefois, dans l'otite moyenne suppurative aiguë, il se forme, sur *les bords de la perforation* ou sur la muqueuse de la caisse, une ou plusieurs *granulations*, qui empêchent l'arrêt de la suppuration. Pour écarter rapidement ces excroissances, il faut les toucher avec une gouttelette de la liqueur de fer muriatique fixée à la pointe d'une sonde. Après plusieurs attouchements, la granulation se flétrit en général complètement, puis la suppuration de la caisse s'arrête. J'ai vu plusieurs fois une rapide disparition des granulations et la guérison complète suivre l'emploi de l'acide borique.

Il faut donner une attention particulière aux *inflammations* douloureuses de l'*apophyse mastoïde* qui surviennent dans le cours de l'otite moyenne suppurative aiguë. On tâchera d'abord de combattre l'inflammation par un traitement antiphlogistique énergique, par l'apposition de plusieurs sangsues ou de la ventouse de HEURTELOUP aux points les plus douloureux, par des applications froides persistantes sur l'apophyse mastoïde. Lorsqu'il y a un commencement de tuméfaction, les badigeonnages de l'apophyse mastoïde avec la teinture d'iode ou les frictions avec l'onguent mercuriel sont indiqués, et il n'est pas rare de réussir par ce moyen à écarter complètement les phénomènes inflammatoires souvent variables de l'apophyse mastoïde.

Si, malgré le traitement renouvelé plusieurs fois par jour, on ne remarque aucune diminution des symptômes inflammatoires, on essayera pendant quelques jours, — dans le cas où il n'y aura pas de signes menaçants, — les injections d'eau tiède dans la caisse par le cathéter. Seulement si l'on n'obtient pas de résultat de cette manière, on procédera à l'opération de l'*incision de Wilde*, qui consiste à fendre jusqu'à l'os, sur une longueur de 1 cent.  $\frac{1}{2}$  à partir du point d'attache du pavillon, le revêtement de l'apophyse mastoïde. Cette opération simple est surtout indiquée lorsqu'il y a des attaques plus ou moins fortes de fièvre, que la tumeur augmente et que les symptômes d'une périostite de l'apophyse mastoïde ou d'une accumulation de pus dans les parties profondes sont prononcés. L'expérience montre que, même quand la plaie ne donne pas de pus, l'opération seule fait disparaître les phénomènes violents d'inflammation. Nous parlerons de l'ouverture de l'apophyse mastoïde dans un chapitre spécial à propos des suppurations chroniques de la caisse.

Si l'ouverture perforative se ferme en même temps que s'arrête la sécrétion, il faut cesser tout traitement local par le méat et se borner, pour combattre les altérations de l'ouïe, à continuer les douches d'air par mon procédé. Elles se feront d'abord tous les jours, puis tous les deux jours et, si la distance d'audition augmente toujours, on ne les fera plus qu'une ou deux fois par semaine jusqu'à ce que l'examen de l'audition montre que celle-ci est redevenue normale. J'ai vu quelquefois les altérations de l'ouïe disparaître pendant un séjour de plusieurs semaines dans une région alpestre, après avoir résisté au traitement.

Après le départ de la suppuration aiguë de la caisse, il y a souvent une prolifération abondante de l'épiderme dans le conduit auditif et sur la membrane du tympan, qui dure longtemps et donne lieu à des croûtes sèches sur

la surface extérieure de la membrane. Comme les plaques de ce genre ne se détachent pas toujours spontanément, mais restent adhérentes et gênent l'audition, il faut les détacher de temps en temps par des instillations émollientes (carbonate de soude 0,5; eau distillée 8; glycérine 4) et les éloigner ensuite par des injections.

Il y aurait encore à noter, au point de vue prophylactique, qu'après le départ de la suppuration aiguë de la caisse il faut protéger le conduit auditif par du coton, si le temps est froid ou venteux, à cause de la disposition à la récurrence, et que les bains de vapeur, les douches sur la tête, ainsi que les plongeons dans le bain doivent être interdits aux malades.

En dehors des manuels et traités déjà cités, sont à signaler : ALB. H. BUCK : « The importance of treatment of aural diseases in their early stages, especially when arising from the exanthemata ». (*Transactions of the internat. med. Congress Philad.* 1876). — A. BING : « Zur perforation des Trommelfells. » (*Allg. Wien. med. Ztg.* 1873). — H. KNAPP : « Ueber primäre acute eitrige Mittelohrentzündung, » (*Z. f. O.*, vol. I). — ROB. WREDEN : « Die Otitis med. neonatorum vom path. anat. Standpunkte. » (*M. f. O.*, 1868). — F. BEZOLD : « Zur antisept. Behandlung der Mittelohreiterungen. » (*A. f. O.* vol., XV) — v. TRÖLTSCHE : « Die Krankheiten des Gehörorgans im Kindesalter. » (in *Gerhard's Handbuch der Kinderkrankheiten*, 1880). — E. MORPURGO : « Dei metodi curativi dell' otorrea ». (*Giornale Lo Sperimentale* 1879).

## II

## OTITE MOYENNE SUPPURATIVE CHRONIQUE

SYN. : Cronische eitrige Mittelohrentzündung (POLITZER). — Otitis media suppurativa s. perforativa chron. — Oite interne des vieux auteurs. — Chronischer eitriger Ohrkatarrh (v. TRÖLTSCHE) — Chronic suppuration of the middle ear (ROOSA). — Chronic purulent inflammation of the middle ear (BURNETT). — Oite profonde de l'oreille moyenne (BONNAFONT). — Oite media piogenica a forma chronica (DE ROSSI).

L'otite moyenne suppurative chronique compte parmi les maladies les plus importantes de l'oreille, non seulement à cause de sa fréquence et de la diminution de l'ouïe qu'elle amène, mais aussi à cause des troubles généraux de nutrition qu'elle entraîne souvent à sa suite, et surtout des complications dangereuses pour la vie du malade qui se produisent quelquefois par l'extension de la suppuration à la cavité crânienne et aux sinus veineux.

Dans aucune forme d'inflammation de l'oreille moyenne, l'appareil auditif ne subit des modifications aussi profondes que dans la suppuration chronique de la caisse. Le processus purulent s'étend non seulement à toute l'oreille moyenne, mais il atteint presque toujours aussi la membrane du tympan, et assez souvent le conduit auditif externe, le labyrinthe et les parois osseuses de la caisse.

La modification la plus considérable de la muqueuse, dans la suppuration chronique de la caisse, consiste en une *augmentation de masse* due à une *infiltration excessive de cellules rondes*, à la dilatation des vaisseaux et à des *néoplasies vasculaires*