La désensibilisation spécifique dans les affections allergiques des voies respiratoires supérieures

P.

Stalder

Clinique ORL, Lausanne

La pollinose nasale ne pose pas de grands problèmes diagnostiques, son traitement par contre est encore très discuté. Bien que les résultats de la désensibilisation spécifique soient concluants (90 % d'améliorations), de nombreux médecins restent effrayés par la longueur du traitement et par les dangers qu'il comporte. Mais une grande prudence, une technique minutieuse, exempte d'erreur, ramènent à des normes acceptables les accidents éventuels.

La rhinite allergique apériodique est beaucoup plus complexe, tant au point de vue diagnostique que thérapeutique. Si la désensibilisation donne de bons résultats dans la rhinite allergique aiguë simple (60 % d'améliorations), il en est tout autrement dans la phase chronique de l'affection quand des lésions anatomiques plus ou moins irréversibles ont fait leur apparition. Dans ce dernier cas, on réussira par la désensibilisation à calmer les phénomènes aigus, mais l'infiltration de la muqueuse, sa dégénérescence hyperplasique ou polypoïde, résistera presque toujours au traitement. Après disparition des phénomènes aigus, c'est à la chirurgie qu'il appartient de soulager ces malades et de rétablir notamment la perméabilité des fosses nasales, mais seulement une fois obtenue l'amélioration maximale que peut procurer la désensibilisation spécifique, c'est-à-dire exclusivement en « période de tolérance ».

Après avoir rappelé la symptomatologie de l'allergie des voies respiratoires supérieures, pollinose nasale, rhinite allergique apériodique, sinusite allergique, l'auteur fait part des résultats obtenus à la Clinique Universitaire de Lausanne, par le traitement dit de

Autoreferate

257

« désensibilisation spécifique ». Dans le rhume des foins, les résultats sont excellents : environ 80 % de « guérison », c'est-à-dire, de disparition complète de la symptomatologie ; ceci aussi bien avec le traitement présaisonnier qu'avec le traitement co-saisonnier.

Dans la rhinite apériodique et la sinusite allergique, les résultats sont bons, lorsque l'affection n'a pas encore atteint le stade hypertrophique.

Paraîtra plus tard in extenso dans cette Revue.

Diskussion.

Langraf: Welches Allergenfabrikat haben Sie verwendet? Ich hatte gute Erfolge mit intranasalen Injektionen von Hydrocortisonsuspension. Stalder: Fabrikat LIFA, Groningen (Vertf.

Seruminstitut, Bern).

Weiterer Beitrag zur Pathogenese des Mittelohrcholesteatoms.

Prof. L. RÜEDI, Zurich.

In histologisch untersuchten jugendlichen Cholesteatomfällen, z. T. mit großen, z. T. mit kleinen oben randständigen Trommel-felldefekten, ist regelmäßig ein aktives Tiefenwachstum der

Matrix auf Kosten von Bindegewebslagern nachweisbar, welche im Epi-tympanon und in dem im Knochen schon angelegten, aber nicht vollständig pneumatisierten Zellsystem noch vorhanden sind.

Bei ohrgesunden Embryonen, Neugeborenen und Kleinkindern findet sich in einem umschriebenen, oben ans Trommelfell anstoßenden Teil der Gehörgangshaut normalerweise eine Hyperkeratose und Akanthose der Epidermis, als Ausdruck einer besonderen Wachstumspotenz dieses Hautbezirks.

Frühkindliche akute Mittelohrentzündungen regen diese besondere Wachstumspotenz der Gehörgangshaut deutlich an.

Ausnahmsweise entsteht ein Mittelohrcholesteatom im Verlauf einer Pyramidenlängsfraktur durch die traumatische Einklemmung und Verlagerung dieses Hautbezirks ins Mittelohr. Häufiger wächst die Gehörgangshaut im Verlauf einer nekrotisierenden Säuglingsotitis durch eine oben randständige Perforation aktiv, die Mittelohrschleimhaut unterminierend und cholesteatombildend ins Mittelohr ein. Bei einem klinisch beobachteten und schließlich radikaloperierten 3½-jährigen Knaben entwickelt sich ein Cholesteatom