

L'ALLERGIE ALIMENTAIRE DANS LES MANIFESTATIONS ALLERGIQUES EXTRADIGESTIVES

Par

J.-G. BERNARD et J. ETERSTEIN

(*Paris*)

L'allergie alimentaire est une entité dont les contours restent difficiles à cerner. En dehors de l'allergie fixée, où le déclenchement rapide de la crise après stimulation locale, par contact ou intra-dermo-réaction, réalisée avec l'aliment ou ses extraits entraîne souvent une réaction positive, preuve de la composante réaginique sérique que permet de démontrer la réaction de PRAUSNITZ-KUTSNER (ou des réactions similaires), rien n'est sûr. Les travaux de RINKEL, avec sa description de l'allergie alimentaire chronique n'apportent que présomptions et souffrent de beaucoup de critiques.

L'approfondissement scientifique de ces notions s'est heurté — et se heurte encore — à l'incertitude dans laquelle nous sommes de la nature de l'allergène actif. Les seuls travaux valables ont porté sur les antigènes alimentaires simples, tels les albumines et globulines du lait, l'ovalbumine, etc. Mais il s'agit là d'antigènes puissants, parfois dangereux à manier, et les travaux immunologiques qui leur ont été consacrés nous ont apporté la confirmation d'une notion déjà connue : la présence d'anticorps circulant — et même d'I.D.R. positives — n'est pas synonyme de réaction allergique. Ne revenons pas sur la querelle entre les tenants de l'allergie à la gliadine et ceux de l'erreur congénitale de métabolisme dans l'étiologie de la maladie cœliaque. Le seul fait certain y est la nocivité de la gliadine, confirmée par la guérison qu'apporte son éviction alimentaire.

C'est là toute la difficulté de jugement, lors de la constatation d'une réaction syndromique ou systémique, au cours du test de provocation effectué selon la technique de RINKEL, dans la recherche de ce que nous dénommons l'allergie alimentaire chronique.

Le laboratoire ne nous offre, dans ce labyrinthe, aucun fil d'Ariane solide. Les tests d'histaminoprotection ou d'agglutination du latex, sur lequel est fixé de l'histamine ou de la sérotonine, apportent parfois une présomption complétant l'étude clinique du terrain allergique. Car il faut ces éléments de terrain pour édifier un processus allergique là où d'autres ne présentent aucun trouble.

Les tests spécifiques de laboratoires : dégranulation des basophiles, si utile dans le diagnostic de l'allergie médicamenteuse ; test de transformation lymphoblastique, dont la réalisation technique reste l'apanage des laboratoires privilégiés, etc., se heurtent à l'impossibilité dans laquelle nous sommes de disposer de l'allergène actif et purifié : un allergène global risque d'être inactif (et la réaction négative n'a pas de valeur) ou non spécifiquement actif (et la réaction positive n'a pas plus de valeur).

Enfin les I.D.R. ou cuti-réactions n'offrent pas plus de sécurité, pour des raisons identiques. Leur négativité peut être dangereuse. Telle cette jeune femme, un peu anxieuse et instable, qui nous signalait qu'elle ne pouvait supporter une trace d'œuf, le simple contact de ses lèvres avec son doigt ayant saisi un œuf coque préparé pour ses enfants provoquait dans les minutes suivantes un œdème localisé. Impressionnés par cette anamnèse et désireux de confirmer ses dires, nous commençons une série de cuti-réactions, puis d'I.D.R. au jaune et au blanc d'œuf, en commençant par des dilutions extrêmes, pour remonter jusqu'au produit pur, sans provoquer aucune réaction, locale ou générale. Encouragés par cette négativité et nous défiant du comportement un peu instable de notre malade, nous décidons alors de recourir au test d'ingestion, sans consommation obligatoire préalable. Bien nous en prit ; 10 minutes après l'ingestion d'un fragment d'œuf, elle ébauchait un choc anaphylactique typique que la surveillance constante à laquelle elle était soumise et la rapidité d'intervention thérapeutique permirent de juguler sans dommages.

La seule méthode, à coup sûr utilisable, reste donc le régime de RINKEL, avec sa technique de provocation. Son interprétation reste toujours sujette à caution et le départ entre un mécanisme d'allergie ou d'intolérance reste difficile. L'intervention de facteurs psychiques, favorisés par l'aspect « tabou » de certains aliments, complique la recherche. La réussite du régime d'éviction n'est pas une preuve formelle ; elle constitue une démarche positive favorable au malade.

Il n'étonnera personne que l'allergie digestive soit celle où l'aliment est le plus souvent l'allergène en cause. Nous y avons insisté après GAUTHIER, dans deux articles où l'on trouvera une importante bibliographie. MONOD y est revenu récemment en groupant sous le terme de patraquerie ces syndromes fonctionnels digestifs liés à un ou plusieurs aliments.

Nous avons voulu essayer cette technique dans la voie de l'allergie extradiigestive. C'est cette expérience que nous rapportons.

I. — MATÉRIEL ET MÉTHODES

Tous nos malades sont de seconde main. C'est dire que préalablement à notre examen, ils avaient été complètement examinés par un allergiste compétent ; tous les tests cutanés et de laboratoire, tous les examens cliniques et paracliniques avaient été antérieurement pratiqués.

Les motifs d'envoi à notre examen étaient :

— une action incomplète ou insuffisante de la désensibilisation antérieurement entreprise (20 p. cent),

— l'existence d'autres symptômes de type allergique, non améliorés par le traitement antérieur (25 p. cent),

— une absence de sensibilisation prouvée (par réaction cutanée ou d'inhalation) aux allergènes aériens (55 p. cent),

— enfin dans un cas seulement, une cause professionnelle (malade exposée à l'inhalation de farine de blé).

Tous ces sujets étaient soumis à un interrogatoire type, de dépistage des petits symptômes de RINKEL et à un examen psychiatrique. Ils étaient, pendant cette période d'observation, instruits de la conduite de tests et des difficultés de réalisation du régime.

Une fois dûment chapitrés et assurés de leur collaboration, ils étaient alors adressés à la diététicienne qui conduisait le régime et les tests de provocation sous notre contrôle (*). Celui-ci s'effectuait selon la technique même que RINKEL a codifiée, et que nous ne détaillerons pas. Les aliments étudiés étaient au nombre de 14, dont la liste est rapportée ci-dessous. Lorsque les conditions le permettaient, deux aliments étaient testés par semaine, soit une durée d'étude minimum de 2 mois. Cette condition, souvent difficile à observer socialement, a amené beaucoup de malades à interrompre l'étude.

II. — RÉSULTATS

Sur un groupe de 150 malades (environ), seuls 54 ont effectué au moins 12 tests. Sur 650 tests pratiqués, 76 ont été considérés comme positifs (soit 12,5 p. cent). Ils concernaient 46 malades, dont 19 polysensibilisés (soit 40 p. cent). Il ne faut pas s'étonner du nombre relativement élevé de malades positifs par rapport à celui de ceux qui ont effectué au moins 12 tests. Logiquement, leur persévérance était fonction des résultats acquis dès les premières séances.

Voici la répartition des tests positifs :

— le blé	10 fois	— le mouton	3 fois
— les solanées	7 fois	— les agrumes	2 fois
— l'œuf	6 fois	— le chocolat	2 fois
— le lait	5 fois	— le porc	2 fois
— le café	4 fois	— l'artichaut	1 fois
— l'ail	4 fois		

De ces 46 malades, 14 ont été éliminés de l'étude, car :

— ou leurs tests n'étaient pas reproductibles,
— ou les manifestations observées ne reproduisaient pas de symptôme allergique,

— ou un contexte psychopathique, exagéré par l'épreuve, faisait douter de leur sincérité (en particulier malades réagissant à chaque prise d'aliment).

(*) Nous remercions particulièrement M^{me} OLOGOUDOU, diététicienne du service du P^r WOLFROMM, qui a bien voulu s'occuper de nos malades avec une patience et compréhension parfaites.

Résumons deux exemples :

— C... : test positif au chocolat, puis positif à un placebo, puis négatif au chocolat.

— F... : test positif aux œufs, puis négatif aux œufs apportés par la malade elle-même. Elle nous assure alors qu'elle avait craint que les œufs de l'Hôpital, lors du premier test, n'aient pas été frais.

C'est là un écueil de la technique. Il vaut mieux être plus sévère, ce qui diminue l'incidence d'erreurs toujours possibles.

L'étude des 32 malades restants nous montre la multiplicité des troubles allergiques :

7 ne présentent qu'un type de trouble (dont 4 migraines, deux œdèmes de Quincke).

13 accusent 2 types de troubles,

7 » 3 » »

2 » 4 » »

3 » 5 » »

Selon la fréquence, nous relevons :

- asthme actif : 17,
- urticaire : 12,
- migraines : 11,
- œdème de Quincke : 9,
- coryza spasmodique : 8,
- prurit généralisé : 5,
- toux spasmodique : 3,
- troubles colitiques : 3,
- eczéma : 2,
- allergie médicamenteuse : 1,
- troubles gastriques : 1.

On retrouve l'association fréquente et bien connue des troubles du même type : tractus respiratoire ; asthme et eczéma (deux fois) ; œdème de Quincke, urticaire et prurit alternant.

Dans ce groupe de malades la polysymptomatologie et la polysensibilisation sont donc la règle.

La réponse aux tests alimentaires est jugée positive lorsque, dans les délais d'observations (deux heures après la fin de l'ingestion) se manifeste un symptôme antérieurement décrit par le malade.

10 fois elle ne reproduit qu'une partie des symptômes.

Citons quelques exemples :

C... Lydie : asthme à la poussière en cours de désensibilisation avec résultat médiocre ; autres manifestations : coryza et toux spasmodique, urticaire géante. Sensibilisation à l'œuf ne provoquant que l'urticaire et le coryza spasmodique.

T... Robert : asthme, migraines, œdème de Quincke et urticaire. L'ingestion de blé provoque les migraines, alors que la candidine provoque les autres troubles, avec désensibilisation active.

J... Pierre : asthme, urticaire, migraines. L'asthme relève d'une sensibilisation prouvée à la poussière, les solanées provoquent l'urticaire et les agrumes la migraine.

18 fois le symptôme dominant est reproduit dans les mêmes conditions d'observation. Ce sont évidemment les malades ne présentant qu'un symptôme ou deux appartenant à la même série. En voici quelques exemples :

L... Michèle : asthme datant de 10 ans, dont les crises sont précédées de troubles digestifs mal définis. Le blé et les solanées produisent, l'un dyspnée avec sifflements bronchiques dans l'heure qui suit, l'autre toux spasmodique, avec asthénie, éructation et nausées.

B... Marcelle : migraines remontant à l'enfance. Terrain allergique, mais tous les tests sont négatifs. Seul le blé provoque une migraine, avec sensation de nez bouché. La malade refuse un test de contrôle, mais le succès de l'éviction permet d'accepter la crédibilité de ce test.

P... Jean : rhinite pollinique et céphalées associées à des vertiges. Le blé et les solanées provoquent les céphalées avec vertiges. Les tests cutanés au blé sont négatifs.

Ce dernier malade s'oppose à un autre, adressé pour sensibilisation professionnelle à la farine de blé, avec asthme, prouvée par provocation I.D.R. L'ingestion permet une constatation positive.

3 malades enfin présentent un autre trouble allergique que ceux spontanément accusés. Faut-il évoquer chez eux un état latent de sensibilisation ? Ce n'est pas impossible. Voici ces 3 observations :

L... Lia : depuis 15 ans migraines avec nausées et prurit, le lait de façon très nette et l'ail à un moindre degré provoquent une migraine, le porc entraîne une rhinite associée à un état anxieux et des douleurs vésiculaires.

C... Catherine : depuis 7 ans, asthme chez une amibienne ancienne, répondant mal à une désensibilisation à la poussière. L'œuf provoque une violente migraine (la malade âgée de 58 ans en avait eu quelques manifestations dans son adolescence) puis, une heure plus tard, une petite crise d'asthme avec rhinite.

F... Odette : asthme et coryza apériodique. L'ingestion d'œuf provoque un œdème des lèvres et de la face ; d'ail, un coryza qui dure toute la journée ; le mouton, des céphalées et de la toux spasmodique.

III. — ÉTUDE A LONGUE DURÉE

Il n'existe d'autre traitement de l'allergie alimentaire que l'éviction totale et prolongée de l'aliment responsable. Aussi chaque malade recevait des conseils diététiques devant lui permettre d'éviter, avec un régime aussi équilibré que possible, toute consommation, même sous forme de trace, de l'aliment tenu pour responsable. Il lui était conseillé de revenir consulter tous les trois mois, afin de contrôler l'efficacité de ces prescriptions.

A un intervalle d'un an au minimum (début 1970 pour des malades testés de

début 1967 à début 1969) nous avons adressé un questionnaire à ces 32 malades leur demandant :

— s'ils avaient éliminé de façon absolue, ou relative, les aliments en cause et pendant combien de temps ;

— si cette élimination avait amené une modification nette de leurs troubles, vers l'amélioration ou vers l'aggravation ;

— s'ils avaient pu réintroduire le ou les aliments en cause, sans observer un retour de leurs symptômes antérieurs.

Nous avons reçu 14 réponses valables. Pour 4 d'entre eux :

— 1 ne suit aucun régime et a repris la consommation antérieure de corticoïdes,

— 1 a repris une alimentation sans éviction après 15 jours d'essais et n'a évidemment observé aucun résultat,

— 1 dit être amélioré par le régime, tout en prenant toujours des antihistaminiques (urticaire et œdème de Quincke),

— 1 a bien suivi le régime, mais a surtout été amélioré par le traitement concomitant d'une sinusite découverte pendant la période des tests.

Les dix autres nous apportent plus de satisfactions :

Ca..., 27 ans. - Asthme et urticaire combinés, la première crise à l'âge de 6 mois, à la suite de la première ingestion d'œuf. Aggravation permanente depuis lors, le rôle de l'œuf ayant été oublié par la malade, son entourage et ses divers médecins. Tous tests négatifs sauf poussière valable mais action désensibilisante incomplète. Test d'ingestion à l'œuf très positif. L'éviction de cet aliment depuis 2 ans a permis une rémission complète de tous les troubles. Il n'y a pas eu de tentative de réintroduction.

Go..., 48 ans. - Asthme, coryza spasmodique apériodique et migraines. Améliorée par cures à Vittel et non au Mont-Dore. Sensibilisation à la poussière, effet moyen du traitement de désensibilisation. Tests alimentaires : café très positif avec migraine et rhinite. Lait et chocolat : troubles digestifs de type intolérance. Eviction du café seul, disparition des troubles digestifs et des migraines, amélioration de l'efficacité de la désensibilisation. Pas de réintroduction.

Ch..., 58 ans. - Asthme, coryza spasmodique apériodique et migraines. Sensibilisation à la poussière, avec effet moyen de la désensibilisation. Test à l'œuf très positif reproduisant la migraine, puis après une heure, la rhinite. L'exclusion amène la disparition de la migraine et améliore l'efficacité de la désensibilisation à la poussière. Après deux ans peut supporter de temps en temps un entremet aux œufs.

Car..., 50 ans. - Asthme, rhinite apériodique, toux spasmodique. Crises d'urticaire géante. Les troubles ont débuté il y a 15 ans à la suite d'une amibiase colique. Tests positifs pour poussière et candidine. Désensibilisation associée peu efficace. Tests alimentaires : œuf (coryza spasmodique + urticaire), porc et mouton (troubles digestifs). Bons résultats de l'éviction. Pas de réintroduction.

Fr..., 62 ans. - Asthme isolé. Aucun test positif. Aucune symptomatologie digestive. Tests alimentaires : lait, œufs et solanées avec provocation d'asthme. Succès de l'éviction totale. Réintroduction progressive des solanées et du lait. Impossibilité de réintroduction des œufs.

Ma..., 48 ans. - Rhinite pollinique et migraines avec vertiges. Tests alimentaires positifs pour le blé, les œufs et les solanées (migraines ou vertiges). Amélioration puis disparition de ces deux symptômes par éviction progressive des 3 aliments. Après six mois, réintroduction possible des solanées et des œufs. Le blé ne pourra jamais être réintroduit, après plusieurs essais et une tentative de désensibilisation parentérale avec un extrait de farine.

Ba..., 39 ans. - Urticaire récidivante et œdème de Quincke. Tous tests négatifs. Tests alimentaires positifs pour le blé et le café. Élimination complète pendant 6 mois avec succès puis réintroduction progressive sur 6 mois. Actuellement régime normal depuis un an sans réapparition des troubles.

Ra..., 26 ans. - Prurit et urticaire avec colopathie post-amibienne. Tous tests négatifs, test au café très positif. Disparition complète des troubles allergiques avec atténuation de la colopathie depuis deux ans. Toute tentative de réintroduction a été suivie dans les dix jours d'une reprise de l'urticaire.

Ju..., 18 ans. - Urticaire récidivante et œdème de Quincke. Tests négatifs. Tests alimentaires très positifs pour les agrumes. Une éviction complète de 6 mois amène la rétrocession des troubles. Prend actuellement 2 fois par semaine des agrumes sans dommage.

Va..., 63 ans. - Crises d'urticaire, reliées entre elles par un prurit permanent. Tous tests négatifs. Réaction syndromique avec l'ail. Succès complet et durable de l'éviction complète. Pas de réintroduction.

Toutes ces observations nous amènent donc la preuve de l'existence d'une sensibilisation alimentaire. Il faut souligner que, pour cinq d'entre eux, l'interrogatoire ne mettait en évidence aucun trouble digestif. Tous les autres présentaient un ou plusieurs symptômes de cette « patraquerie digestive » évoquée ci-dessus. Ajoutons que six de ces malades n'avaient retiré aucun profit de cures au Mont-Dore et avaient observé une atténuation de leur asthme à Vichy, pour quatre, à Vittel pour deux d'entre eux. L'association de troubles digestifs rappelant le syndrome rythmé de RINKEL et de manifestations allergiques extradiigestives prédominantes est un fait qui doit entraîner une enquête alimentaire systématique.

IV. — DISCUSSION

Dans quelles autres conditions cette recherche mérite-t-elle d'être effectuée ?

— Quand aucune étiologie à une affection sûrement allergique n'a été prouvée. C'est là une étude complémentaire qu'il faut mener systématiquement, même si aucun signe d'appel digestif n'oriente l'enquête de ce côté. Notre dernière observation en apporte une preuve particulièrement nette.

— Lorsque l'amélioration incomplète d'un trouble allergique, relevant d'un agent étiologique certain, indique qu'une intrication d'allergènes est à rechercher. Plusieurs de nos observations illustrent bien ce fait, mais elles montrent aussi que la correction d'un autre trouble allergique, de second plan, dépendant d'une cause alimentaire, peut amener, par un véritable entraînement, une meilleure adaptation et un rendement plus satisfaisant du traitement spécifique initial.

— Dans le cas enfin où existe un autre trouble allergique dont l'étiologie est différente de celle du trouble principal. Nous avons insisté, au chapitre diagnostique, sur cette dissociation, chaque type de maladie allergique, chez un même malade ayant un allergène propre. C'est là un fait général retrouvé au cours de cette étude.

Cependant cette recherche ne peut être systématique dans un enquête allergique.

— Du fait de ses difficultés de réalisations, tant sociales que diététiques, il faut qu'il existe de bonnes présomptions de succès pour la tenter. Celles-ci sont, outre les conditions de recherche, énumérées ci-dessous :

- l'association de troubles digestifs fonctionnels avec les petits troubles décrits par RINKEL,
- l'existence d'un terrain allergique marqué,
- l'amélioration par les cures thermales à visée digestive, éventuellement l'activité des antihistaminiques sur les troubles digestifs (sorte de « traitement d'épreuve ») en même temps que sur les troubles allergiques.

— Du fait des difficultés d'interprétation des tests, il faut s'en tenir à la réactivation du trouble allergique extradigestif, comme preuve de positivité. La reproduction des troubles fonctionnels digestifs a moins de valeur. Elle est plus souvent l'indice d'une intolérance alimentaire dont il faut savoir tenir compte, plus que d'une sensibilisation vraie.

Même en cas de réaction syndromique nette, il faut se méfier du pouvoir de simulation que donne à l'allergique son anxiété sous-jacente. C'est d'abord question de psychologie pour celui qui mène les tests ; mais il faut refaire, avec placebo si possible, le test. La reproductibilité intégrale est un précieux indice de véracité.

Quel mécanisme immunologique est en jeu ?

Nous ne disposons ici d'aucune certitude. Des anticorps réagins sont sûrement en cause dans l'allergie alimentaire fixée à manifestations immédiates. Il en est probablement ainsi dans certaines allergies masquées, où le trouble provoqué se révèle de façon brutale, peu après l'ingestion provoquante et sur un mode clinique, où les réagins sont habituellement en cause, tel l'asthme, l'urticaire, etc. Nous n'en avons pas recherché la preuve, faute de laboratoire équipé. Mais nous renvoyons en particulier aux travaux de LAYTON utilisant *Macacus Irus* comme animal réactif.

Un processus de réactivité cellulaire est probablement en cause dans d'autres cas : telle est la signification qu'il faut donner aux tests de transformation lymphoblastique obtenus avec certains allergènes alimentaires, par B.-N. HALPERN et son équipe.

Quant à l'allergène (fraction sensibilisante de l'aliment), il est le plus souvent mal connu, fonction de notre méconnaissance de la physiologie de la digestion et souvent de l'état de la muqueuse digestive de notre malade. L'utilisation de fractions semi-digérées nous permettrait, peut-être, mais au prix d'une complication technique considérable, d'obtenir une meilleure concordance entre les tests de provocation par ingestion, et par cuti-réaction. Nous pouvons seulement confirmer la

notion d'allergène fort (blé, œuf, lait, café et agrumes) qu'il est souvent difficile de réintroduire dans l'alimentation, même après éviction prolongée.

Enfin, de même qu'il peut y avoir une association entre deux allergènes de nature différente pour provoquer un même trouble allergique, il peut y avoir association de deux ou plusieurs allergènes alimentaires. L'éviction de celui qui paraît alors prédominant doit s'associer à celle des autres pour que s'observe l'amélioration. La réintroduction progressive de ces derniers sera seulement plus facile et possible plus précocement.

Les véritables succès de cette technique par régime d'éviction se comptent sur les doigts de la main. En deux années, parmi plus de 150 malades, 10 seulement ont été améliorés. Mais n'est-ce pas là une proportion normale, valable si on considère que 54 seulement furent considérés comme allergiques digestifs possibles. Et surtout que leur amélioration dure depuis un à deux ans. Elle n'exclut pas les autres techniques de traitement parmi lesquelles la désensibilisation spécifique, dont nous avons vu qu'elle favorise l'action, selon un processus mal précisé du reste.

V. — CONCLUSIONS

Malgré les progrès techniques et immunologiques réalisés ces dernières années, l'allergie alimentaire comporte un grand nombre d'obscurités. L'allergène est mal défini : la valeur physiologique des fonctions digestives du sujet malade difficile à préciser. Hormis quelques cas particuliers, les techniques de laboratoire ne sont d'aucun secours : le régime d'éviction et de provocation de RINKEL reste le seul fil d'Ariane dans cette incertitude.

Encore faut-il l'employer avec prudence et discrimination, tant sa réalisation et son interprétation sont délicates. Ceci, la contrainte sociale qu'il impose, limite son utilisation aux problèmes complexes, soit qu'aucun allergène habituel n'ait été détecté, soit que le résultat de traitements de désensibilisation entrepris sur des bases correctes soit insuffisant, soit qu'un trouble allergique différent appelle la recherche d'autres étiologies.

L'existence de troubles allergiques extradigestifs facilite cette étude en donnant au test de provocation une valeur plus nette. Il faut, par contre, interpréter avec beaucoup de réticences les réactions d'intolérance digestive. La réactivation de troubles latents s'observe parfois. Dans tous ces cas, la reproductibilité des troubles est une garantie nécessaire à l'interprétation de la réaction initiale.

Ces précautions permettent, avec l'élimination des malades nosophobiques, d'obtenir, par la technique des régimes d'éviction, suivie de la réintroduction progressive du ou des aliments responsables, des succès appréciables chez des malades qui résistaient aux autres thérapeutiques.

[Travail du Service de Médecine Interne et du Centre d'Allergie de l'Hôpital Rothschild (Pr R. WOLFROMM) et du 1^{er} Service de Médecine de l'Hôpital Militaire d'Instruction des Armées du Val-de-Grâce (Pr J.-G. BERNARD)].

RÉSUMÉ

Sur un lot de 150 malades ayant épuisé les techniques classiques d'enquête étiologique et présentant des manifestations allergiques extradigestives (essentiellement asthme, urticaire, œdème de Quincke) ou des migraines, les auteurs en ont sélectionné 54 qu'ils ont soumis aux régimes de provocation et d'éviction préconisés par RINKEL. Ils ont obtenu 32 résultats positifs, avec reproduction du trouble allergique par consommation de l'aliment. Ces malades sont souvent des polysensibilisés présentant des troubles allergiques appartenant à des territoires différents. L'association des troubles fonctionnels digestifs, parfois rythmés par les crises allergiques, est un signe présomptif important. A distance d'un à deux ans, 10 de ces malades ont retiré un profit certain de cette étude. Il est donc nécessaire de penser à l'allergène alimentaire, lorsque l'enquête classique n'a pas donné pleine satisfaction. La technique de RINKEL doit être appliquée avec beaucoup de rigueur et de prudente attention pour éviter les fausses réponses.

SUMMARY

ALIMENTARY ALLERGY IN EXTRADIGESTIVE ALLERGIC REACTIONS

Out of a batch of 150 patients who had been subjected to the standard etiological investigations and who showed extradigestive allergic manifestations (basically asthma, urticaria, Quincke's oedema) or migraines, the authors selected 54 which they subjected to a provocation and eviction diet as suggested by Rinkel. They obtained 32 positive results with reproduction of the allergic disorder due to food consumption. These patients were often polysensitized and had allergic disorders belonging to different categories. The association of functional digestive disorders, sometimes following the rhythm of the allergic attacks is an important suggestive sign. At a distance of one or two years 10 of these patients definitely benefited from this research. One should therefore consider an alimentary allergen when not fully satisfied with the standard investigation. Rinkel's technique should be applied very strictly and the greatest caution observed to prevent erroneous results.

BIBLIOGRAPHIE

- BERNARD J.-G. — Intolérance alimentaire et allergie digestive chronique. *Sem. théor.*, 1967, 43, 171.
MONOD E. — Les patraqueries digestives. *Sem. Hôp. Paris*, 1967, 43, 3027.
WOLFROMM R., BERNARD J.-G. — Allergie digestive. *Encycl. Méd.-Chir. Estomac-Intestin*, 9089 D 10.
-