

ont été les mêmes pour des angines à caractères objectifs différents : angines érythémateuses, pseudo-membraneuses, phlegmoneuses.

La solution du problème est en réalité plus complexe : déjà MM. Widal et Bezançon avaient constaté, en comparant un à un les caractères morphologiques et biologiques de 122 échantillons de streptocoques, que tous les prétendus signes distinctifs des streptocoques de la bouche normale ou malade étaient illusoires, et que si les streptocoques isolés de la bouche des angineux ont souvent une virulence assez grande, leur action pathogène n'est pas assez constante pour qu'on puisse établir rapidement, en vue du diagnostic clinique, leur distinction d'avec les streptocoques de la bouche normale. (*Société médicale des hôpitaux*, 15 mars 1896.)

Aujourd'hui, bien que le classement bactériologique des angines soit loin d'être définitif, on est parvenu à des résultats qui tendent à établir l'existence, à côté des angines à streptocoques, de celle d'angines dues à d'autres agents microbiens; c'est ainsi que l'on admet des angines à pneumocoques (Bezançon et Griffon), des angines à bacille fusiforme (Vincent), des angines à pneumo-bacille de Friedländer (Nicolle et Hébert), des angines à tétragènes (Dieulafoy et Apert, etc.). Enfin le rôle des levures a été établi par MM. Roger et de Stœcklin.

Ces résultats sont dus à la modification de la technique employée. On ne se borne plus aux cultures et on n'accorde plus à celles-ci une importance exclusive; en effet, une culture peut toujours favoriser le développement d'une espèce au détriment des autres et faire croire à tort à la prédominance de cette espèce. D'autre part, on ne peut cultiver tous les germes que l'examen direct permet de constater, témoin le bacille fusiforme de M. Vincent. Aussi préfère-t-on actuellement les examens directs, soit par frottis d'exsudats, soit par examen des coupes de fausses membranes enrobées dans la paraffine (Méry et Bonnus); l'application de la séro-réaction agglutinante a permis de mettre en lumière d'une façon positive le rôle du pneumocoque déjà affirmé cliniquement par Jaccoud et Ménétrier, Cornil, Rendu, Gabbi, Griffon, etc.

Ces différentes recherches sur l'origine microbienne des angines, pour intéressantes qu'elles soient, n'ont pas reçu encore de consécration pratique; le traitement des angines aiguës non diphtériques est le même pour toutes les variétés d'angine; la sérothérapie streptococcique a été aussitôt abandonnée que proposée, dans son application aux angines.

Aussi convient-il de conserver provisoirement l'ancienne division des angines : en angines sans exsudat (angines érythémateuses), en angines avec exsudat (pultacée, pseudo-membraneuse), en angines phlegmoneuses et gangreneuses. Cette division est surtout justifiée pour les angines pseudo-membraneuses et pour les angines phlegmoneuses qui réclament chacune l'emploi de moyens thérapeutiques spéciaux.

Les idées nouvelles ont apporté dans le traitement des angines des modifications dont on ne saurait nier l'importance; au traitement anodin d'autrefois par les gargarismes dits émoullissants, par l'emploi banal du chlorate de potasse, etc., on a substitué une intervention plus conforme aux idées reçues sur la nature infectieuse des angines et, partant, plus efficace.

Nous décrirons d'abord les moyens de traitement applicables à toutes les variétés cliniques d'angine, ensuite nous indiquerons ceux qui sont spéciaux à chacune d'entre elles.

Préventivement, la question de l'isolement se pose au début de toute angine.

L'isolement est une précaution élémentaire, car une angine peut être la première manifestation d'une fièvre éruptive, d'un érysipèle; d'autre part, une

simple angine érythémateuse peut être diphtérique, comme le démontrent parfois l'examen bactériologique et aussi la contagion.

Donc l'isolement est de rigueur au début de toute angine, surtout si dans l'entourage du malade se trouvent des enfants, si facilement exposés aux infections amygdaliennes.

Lorsque l'on n'a plus à craindre que l'angine soit la première manifestation d'une maladie générale ou qu'elle soit de nature diphtérique, doit-on continuer à isoler le malade? En pratique, il faut bien le reconnaître, l'isolement est une mesure rigoureuse, si l'on considère la bénignité habituelle des angines; effectivement, il n'est pour ainsi dire jamais réalisé. Il ne faut pas perdre de vue cependant que les angines aiguës non diphtériques sont contagieuses presque au même titre que les angines diphtériques. Jasiewicz, Dauchez, Richardière, Dubousquet-Laborde, P. Tissier et bien d'autres ont signalé des exemples bien nets de petites épidémies de foyer, de maison.

Il conviendra donc au médecin de signaler la contagiosité possible, de recommander aux personnes appelées à donner des soins au malade de prendre certaines précautions : lavages de la bouche, nettoyage des mains après le contact et d'éloigner du malade ceux qui présentent une réceptivité particulière, soit en raison de leur âge, soit en raison de leurs antécédents ou de leur état actuel de santé. On éloignera donc du malade les enfants en bas âge, les individus débiles ou atteints de maladies chroniques (diabète, mal de Bright, etc.), ceux qui sont atteints de végétations adénoïdes, etc....

Quant à la durée de l'isolement, elle ne saurait être précisée, comme pour les angines diphtériques, où l'examen bactériologique et la recherche de la virulence donnent des indications nettes à cet égard. La disparition des phénomènes locaux est en général considérée comme le signal de la cessation de l'isolement.

Le traitement local est de beaucoup le plus important, puisqu'il s'adresse au foyer d'où partent les germes ou leurs toxines pour aller frapper tout l'organisme.

Les moyens de traitement local s'adressent à l'infection; il y a peu d'années, on s'est plu à employer des antiseptiques énergiques sous forme de collutoires avec lesquels on badigeonnait sans relâche la gorge des patients. Aujourd'hui on emploie avec plus de discrétion ces moyens, car, s'ils ne détruisent pas toujours les germes qu'il est bien difficile d'atteindre sur toute la surface de la muqueuse pharyngée et *a fortiori* dans son épaisseur, ils déterminent par contre une irritation inflammatoire de cette muqueuse qui peut entretenir les cultures microbiennes, au lieu de les entraver. On attache plus d'importance aux *simples lavages* qui agissent mécaniquement.

Pour faire un lavage, on se sert du « bock » vulgaire, au tuyau de caoutchouc duquel on adapte une petite canule en verre ou en ébonite; on remplit ce bock d'un litre d'eau bouillie tiède ou d'eau bouillie additionnée d'acide borique à 50 pour 1000, d'acide phénique ou de phénosalyl à 5 ou 10 pour 1000, d'acide thymique à 1 pour 1000, de liqueur de Labarraque (50 grammes pour 1000), de permanganate de potasse à 0 gr. 25 ou 0 gr. 50 pour 1000, etc., l'emploi des substances antiseptiques étant surtout justifié dans les pseudo-diphtériques. Le bock étant rempli, on l'élève à une hauteur de 40 à 50 centi-