

directe de l'épanchement, que deux fois nous avons vu le rapport d'inégalité diminuer pendant la période de régression de la pleurésie, sans toutefois que le phénomène ait disparu.

Il est du reste possible d'interpréter cet amendement du symptôme comme un état d'évolution parallèle au stade de régression du ganglion compresseur.

L'inégalité pupillaire de la *bronchite aiguë*, celle de la *pneumonie* sont-elles ou non d'origine ganglionnaire?

Il est impossible d'en décider.

Le bloc pneumonique comprime-t-il les organes du médiastin? ou bien encore faut-il accepter la conception qui fait de l'inégalité un trouble circulatoire tel que la rougeur unilatérale de la joue?

En ce qui concerne l'*emphysème* compliqué de bronchite chronique, il est difficile de faire de l'inégalité autre chose qu'un trouble d'origine mécanique. On peut alors concevoir l'extrême variabilité du symptôme, si l'on songe aux changements physiques si brusques dont l'auscultation quotidienne d'un emphysemateux bronchitique peut donner l'idée.

Quoi qu'il en soit, dans les différentes maladies de la plèvre et du poumon que nous venons d'énumérer, c'est toujours l'excitation du sympathique au niveau du médiastin qui nous semble le mieux expliquer l'inégalité pupillaire constatée par la clinique.

L'analyse est, certes, une utile opération intellectuelle; elle inspire et guide nos sciences, mais elle ne reste féconde que si elle repose sur un scepticisme raisonnable, car, à force d'analyser tout on arrive au doute systématique, bientôt il n'y a plus rien qui ait l'apparence d'être vrai et la vie, elle-même, finit par se manifester comme un point d'interrogation.

Les sentiments élevés de dévouement, d'abnégation et de devoir, meurent tous, un peu chaque jour; on est tout à la conquête du bien-être et on éprouve une sorte de soulagement physique à entendre les rhéteurs nous affirmer que la guerre entre civilisés est une monstruosité qui disparaîtra bientôt.