

sur le cadavre qu'en introduisant un stylet dans le sac lacrymal, pour constater l'impossibilité d'y faire pénétrer un cathéter, même avec effraction.

C'est dans le but de faciliter ce cathétérisme inférieur que l'on a recherché les rapports suivants, qui sont d'ailleurs utiles à connaître.

L'orifice inférieur du canal est situé à 3 centimètres environ en arrière de l'aile du nez correspondante. D'après Béraud, cette distance est exactement la même que celle qui sépare les grands angles des deux yeux. Il se trouve à 8 ou 10 millimètres en arrière de l'extrémité antérieure du cornet inférieur et correspond à un coude que forme en ce point le bord adhérent du cornet. Ce coude sert à le retrouver sur le cadavre, et il serait un guide précieux si, pour un motif quelconque, on avait intérêt à cathétériser le conduit sur le vivant.

Richet admet, à cet orifice inférieur du canal nasal, l'existence d'une valvule. « Quelquefois, dit-il, cette valvule semble manquer, mais dans ce cas j'ai toujours trouvé plus haut, soit dans la longueur du canal nasal, soit dans cette partie du sac lacrymal qui correspond à l'orifice supérieur du canal nasal, une et quelquefois deux valvules analogues à celles que l'on trouve dans les veines, et disposées de manière à faciliter le cours des larmes dans les fosses nasales, en même temps qu'à empêcher tout reflux, soit de liquide, soit d'air, de ces cavités dans les voies lacrymales. »

Richet, se basant sur l'existence de cette valvule, a substitué une nouvelle théorie aux théories de J.-L. Petit, de Hunauld et de Sédillot, pour expliquer la circulation des larmes.

Étant donné que le canal nasal est hermétiquement clos, le sac lacrymal se dilaterait sous l'influence de la contraction de l'orbiculaire et jouerait ainsi le rôle de piston qui attire les larmes par les points lacrymaux ; le sac lacrymal agit comme une pompe aspirante, dit Richet.

Je dois, toutefois, faire remarquer que Sappey, dont je partage la manière de voir, conteste absolument l'existence de la valvule, sans laquelle la théorie, si ingénieuse qu'elle soit, ne saurait subsister. D'ailleurs, n'est-il pas évident que dans la structure des voies lacrymales (points, canalicules, sac et canal) tout est disposé pour empêcher l'affaissement de ces diverses parties ? Les points sont fibro-cartilagineux, les canalicules ont un muscle destiné à maintenir leurs parois écartées ; le sac lacrymal est maintenu béant par les deux tendons de l'orbiculaire ; le canal nasal a des parois osseuses ; c'est pourquoi je me rattache de préférence à la théorie de Sédillot, qui fait jouer le principal rôle à l'appel au vide que produit dans les voies lacrymales la colonne d'air qui passe dans les fosses nasales à chaque inspiration.

L'existence d'une valvule est indispensable, d'après la théorie de Richet, pour assurer la libre circulation des larmes et, par conséquent, pour empêcher le larmolement. Richet traite la tumeur et la fistule lacrymales par l'introduction d'un clou cannelé qu'il laisse à demeure dans le canal lacrymo-nasal : or, il est impossible que, s'il existe une valvule, celle-ci ne soit pas affaissée par la pression excentrique du clou, qui présente à peu près les dimensions en largeur du canal nasal et le dépasse notablement en longueur (le clou mesure 4 centimètres) : donc tous les malades traités par Richet doivent, si sa théorie est vraie, conserver au moins autant de larmolement après qu'avant l'opération. Avec la théorie de Sédillot, au contraire, on conçoit comment la dilatation, la présence dans le canal lacrymo-nasal des diverses canules, et même du clou