

en lumière que, du côté de la moëlle, la lésion constante est une sclérose, c'est-à-dire une atrophie avec induration des cordons blancs postérieurs, des racines postérieures des nerfs, de la partie la plus reculée de la substance grise et des méninges qui avoisinent la lésion médullaire.

Les altérations envahissent les deux moitiés de la moëlle, mais c'est par exception qu'elles atteignent les faisceaux latéraux et les faisceaux antérieurs. Du côté de l'encéphale, les altérations, bien que fréquentes, ne présentent pas la même constance que du côté de la moëlle; cependant les lésions les plus ordinaires et les mieux connues sont, pour les sensitifs, l'atrophie des nerfs optique et auditif, et pour les moteurs, surtout celle des nerfs de la 3^{ème} et de la 6^{ème} paire. Quelque fois aussi, il y a sclérose plus ou moins avancée des pédoncules cérébelleux inférieurs, des corps restiformes et des couches optiques.

Le sympathique peut aussi avoir sa part dans ces altérations anatomiques dans les derniers temps de la maladie, s'il survient de l'atrophie musculaire avec dégénérescence granulo-graisseuse. Dans ce cas, le sympathique qui est essentiellement vaso-moteur est altéré, et alors la lésion spinale dépasse la substance blanche. Il est important de noter que la sclérose du sympathique se rencontre rarement, cependant elle peut compliquer la sclérose spinale postérieure, comme elle accompagne quelquefois la sclérose spinale antérieure lorsqu'elle coïncide avec des points de ramollissement.

Je pourrais prolonger cette digression sur le terrain de l'anatomie pathologique, mais je crois vous en avoir dit suffisamment pour vous démontrer que l'ataxie est loin d'être une simple névrose.

Maintenant, passons en revue, ou plutôt, faisons un groupe des symptômes fondamentaux de l'ataxie locomotrice progressive.

D'abord, ce sont des douleurs qui ouvrent la scène, mais des douleurs à caractère spécial et appelées, avec raison, *fulgurantes*, parce qu'elles sont rapides et éphémères comme l'éclair. Ces douleurs vagabondes sont instantanées et reviennent 10, 15, 20 fois par heure. Parfois, au lieu d'être *fulgurantes*, elles sont térébrantes, lancinantes et comparables à celles produites par un instrument enfoncé dans les chairs et qui les déchire.

Quelle marche ces douleurs caractéristiques suivent-elles? D'abord, leur première visite est ordinairement pour les membres inférieurs, ensuite elles gagnent le tronc, et, dans cette région, elles déterminent de véritables sensations constrictives; ce qui fait dire au malade que sa poitrine est comprimée.