

combinée de la cuisse et du tronc, les troubles des réflexes tendineux, etc.:

a) Hémiplégie complète, tous symptômes et complications compris sauf aphasie, douleurs vives et persistantes d'origine centrale, paralyse des nerfs crâniens qui doivent être évalués en plus..... 100

Éventuellement, ajouter:

Aphasie. (Voir ce mot.)

Paralyse des nerfs crâniens. (Voir hémiplégies alternées.)

Douleurs vives et persistantes d'origine centrale..... 15 à 20

—Éventuellement: application de l'article 10 dans les cas de contracture, gâtisme, escarres, impossibilité de se lever et de s'alimenter seul et d'une manière générale dans tous les cas où l'aide d'une tierce personne est indispensable et constante.

b) Hémiplégie incomplète avec ou sans contracture, mais permettant la marche avec ou sans canne suivant le degré d'atteinte du membre inférieur:

Côté actif..... 10 à 50

Côté opposé..... 10 à 75

MONOPLÉGIE ORGANIQUE

Totale et complète est exceptionnelle: le plus souvent associée à des signes d'hémiplégie:

Membre supérieur:

Côté actif..... 25 à 70

Côté opposé..... 15 à 60

Membre inférieur, la marche est le plus souvent possible..... 20 à 60

PARAPLÉGIE ORGANIQUE D'ORIGINE CÉRÉBRALE

Dans la très grande majorité des cas est incomplète.

Pour l'évaluation, voir plus haut les paraplégiés médullaires.

APHASIE

(complète est exceptionnelle)

a) Avec difficulté de l'élocution, sans altération considérable du langage intérieur et sans déficit mental appréciable..... 10 à 30

b) Avec impossibilité de correspondre avec ses semblables (altération du langage intérieur)..... 60 à 80

Éventuellement, ajouter le déficit mental.

Le taux de 60 à 80 envisagé ci-dessus est applicable si l'aphasie est isolée.

Si elle est associée à une hémiplégie on ajoutera au taux de l'hémiplégie un taux de 20 seulement.

DIPLÉGIE CÉRÉBRALE

Marche impossible..... 100

Marche possible suivant le degré d'atteinte des membres inférieurs... 30 à 70

SYNDROME PSEUDO-BULBAIRE

Apprécier:

a) Les troubles paralytiques suivant leur intensité:

Hémiplégie complète. (Voir ce mot.)

Hémiplégie incomplète. (Voir ce mot.)

Paraplégie incomplète (marche à petits pas). (Voir ce mot.)

Paraplégie complète (paraplégie en flexion). (Voir ce mot.)

b) Les troubles bulbaires. (Voir syndromes des nerfs crâniens.)

c) Les troubles mentaux.

Éventuellement application de l'article 10 dans les conditions indiquées ci-dessus pour l'hémiplégie organique complète.

PARALYSIE LABIO-GLOSSO-LARYNGÉE

(Voir aussi sclérose latérale amyotrophique.) Doit être appréciée d'après l'importance et l'étendue des troubles bulbaires (prononciation, déglutition, mastication, etc.) en se reportant au taux de la paralysie des nerfs crâniens correspondants (voir syndromes des nerfs crâniens.)..... 20 à 100

SYNDROME CÉRÉBELLUX

Caractérisé par les troubles de l'équilibre statique (vertiges, catatonie, etc.) et de l'équilibre cinétique, démarche titubante, asynergie, hypermétric, adiadococinésie, etc.).

Unilatéral (comparer au degré d'hémiplégie correspondant):

Côté actif..... 10 à 50

Côté opposé..... 10 à 75

Bilatéral (comparer au degré de diplégie correspondant)..... 30 à 100

PARALYSIES ALTERNES

Apprécier d'abord l'hémiplégie comme ci-dessus.

En outre, pour les paralysies pédonculaires, se reporter en plus au taux des paralysies oculaires.

Pour les paralysies protubérantielles, se reporter en plus au taux des paralysies des nerfs crâniens.

Le taux des paralysies des nerfs crâniens surajoutées à l'hémiplégie sera un appoint, mais sera évalué à un chiffre inférieur à celui des paralysies isolées des nerfs crâniens.

SYNDROMES PARKINSONIENS

Il faut entendre par ce mot, non seulement la maladie de Parkinson ou paralysie agitante telle qu'on la concevait autrefois, mais aussi le syndrome parkinsonien d'origine encéphalitique connu depuis quelques années seulement et dont les exemples sont si nombreux. C'est, à vrai dire, le syndrome postencéphalitique, en face duquel le médecin expert se trouvera le plus souvent, en raison de l'âge des malades qui se présentent devant lui. L'étude de ce syndrome postencéphalitique a amené un certain nombre d'auteurs à les différencier, au point de vue clinique, de la maladie de Parkinson véritable.

Toutefois, au point de vue de l'expertise, il ne semble pas qu'il y ait un intérêt à les différencier, car les grands symptômes entraînant des troubles fonctionnels importants sont communs aux deux syndromes.

L'expert devra tenir compte, pour l'appréciation de ces troubles:

1° De la rigidité plus ou moins généralisée qui porte sur la face, sur les membres et entraîne des troubles des mouvements et de la démarche;

2° Du tremblement surtout marqué aux extrémités des membres qui gêne l'écriture et tous les actes délicats de la main.

Dans l'appréciation de la rigidité et du tremblement, il y aura lieu de tenir compte de ce fait que le début est souvent unilatéral et peut, pendant un certain temps, être limité à la moitié du corps et, par conséquent, donner une impotence d'apparence hémiplégique;

3° Des troubles intellectuels. Les malades sont le plus souvent asthéniques, déprimés, irritables, mais pouvant, dans certains cas, présenter même des troubles mentaux importants;

4° Des troubles de la parole, des troubles de la déglutition et de la salivation exagérée;

5° Des troubles sympathiques et des troubles généraux pouvant mener à l'amaigrissement et à la cachexie.

Le syndrome parkinsonien peut se présenter sous des formes diverses et à des stades successifs de son évolution avec des taux d'invalidité différents.

L'expert pourra apprécier ces invalidités suivant des modalités dont nous ne pouvons donner ici que quelques exemples:

1° Syndrome parkinsonien unilatéral avec ou sans tremblements:

Côté actif..... 10 à 50

Côté opposé..... 10 à 45

2° Syndrome parkinsonien incomplet..... 30 à 60

3° Syndrome parkinsonien avec troubles de la parole et de la déglutition et salivation exagérée.... 30 à 80

4° Troubles mentaux surajoutés. (Voir troubles mentaux.)

5° Syndrome parkinsonien confirmé à une période avancée..... 80 à 100

avec possibilité de suspension et application de l'article 10.

Mouvements involontaires. — Tremblements, myoclonies, chorée, athétose:

Post-émotionnels. (Voir névroses.)

Post-traumatiques. (Voir hémiplégie et traumatisme crânien.)

Post-encéphalitiques et autres à apprécier suivant la localisation et l'intensité (comparer aux paralysies organiques incomplètes d'origine cérébrale)..... 10 à 60

Torticollis dit mental..... 20 à 40

Spasmes: type crampes des écrivains, à apprécier suivant la localisation ou comparant à une paralysie partielle d'un nerf périphérique. 0 à 30

Chorée chronique:

Non progressive (d'après la gêne résultant des mouvements)..... 10 à 50

Progressive (chorée d'Huntington) d'après la gêne résultant des mouvements et d'après l'état mental. 10 à 100

TUMEURS CÉRÉBRALES

Les blessures, traumatismes ou accidents infectieux n'agissent guère que comme causes occasionnelles qui révèlent une tumeur latente et accélèrent la production des symptômes. Il est donc nécessaire pour justifier l'imputabilité au service que l'apparition des troubles avant-coureurs et des premiers symptômes survienne peu de temps après le traumatisme.

Les innombrables syndromes auxquels elles donnent lieu suivant leur localisation pourront parfois être évalués par l'expert par analogie avec une autre affection de même localisation (voir: syndromes corticaux, hémiplegie, monoplegie, aphasie, thalamiques et extrapyramidaux hypophysaires, pédonculaires, protubérantiels, bulbaires, cérébelleux, des nerfs crâniens, etc.).

Mais le plus souvent le syndrome soumis à l'expertise se sera simplement manifesté, au moins dans les premières phases de l'évolution, par un certain nombre de signes cliniques diffus, dus principalement à l'hypertension crânienne: céphalée pénible, vertiges, radiculalgies des nerfs crâniens, etc., dont quelques-uns d'ailleurs peuvent retentir très notablement sur le taux de l'invalidité. Tels:

Le trouble visuel (allant de la simple diminution de l'acuité visuelle à la cécité complète (voir le barème des affections oculaires)).

Les crises épileptiformes (voir épilepsie).

Les troubles psychiques (voir psychoses).

Dans ce cas, l'on devra ajouter au taux du syndrome et localisation un taux correspondant à l'invalidité supplémentaire amenée par l'ensemble des symptômes diffus. Dans le cas où l'absence d'un de ces derniers symptômes graves rend plus incertaine l'évaluation, celle-ci s'inspirera de l'échelle suivante d'appréciation:

Syndromes frustes ou lentement progressifs (révélant un processus néofonctionnel au début ou faiblement évolutif) et caractérisés par des signes d'hypertension crânienne légère sans trouble visuel..... 20 à 55

(L'existence de troubles visuels peut augmenter le taux de 10 à 100.)

Syndromes d'hypertension crânienne plus pénibles réduisant notablement l'activité sociale et retentissant sur l'état général (amaigrissement, etc.)..... 60 à 75

Syndromes (d'évolution rapide ou avancée) caractérisés par l'adjonction aux signes d'hypertension crânienne, soit de symptômes graves de localisation, soit de réactions neurologiques ou psychiatriques enchevêtrées, permanentes ou épisodiques: tous syndromes rendant peu à peu le malade incapable de tout travail et aboutissant (au bout d'un temps très variable) à l'état permanent..... 60 à 100

(avec ou sans adjonction de l'article 10).

SCLÉROSE EN PLAQUES

La sclérose en plaques est une maladie infectieuse du névraxe, se montrant surtout entre 20 et 40 ans, se traduisant cliniquement par une évolution lentement progressive, des poussées avec rémission, des symptômes tels que vertiges, nystagmus, troubles de la parole, tremblement intentionnel, état