

Impuissance chez l'homme. — Elle peut dépendre de raisons locales, d'une lésion nerveuse, d'un état général.

Causes locales. — Les *malformations* de la verge sont une cause très fréquente; elles peuvent être congénitales, ou survenir à la suite d'un accident, d'une opération. Souvent, dans ces cas, les désirs demeurent normaux. Des tumeurs, l'hydrocèle vaginale vulgaire, amènent une impotence semblable. Il est fréquent enfin de constater l'absence d'érection chez les monorchides, les castrats, mais seulement si l'atrophie ou l'absence du testicule est antérieure à toute puberté. L'impuissance des géants est bien connue (V. INFANTILISME).

Affections nerveuses organiques. — Nous décrirons en bloc les troubles présentés, sans ranger séparément les viciations de l'érection et de l'éjaculation. Dans la *paralysie générale*, dans le *tabes*, l'*hémiplegie*, dans les *myélites*, les *contusions du cerveau* ou de la *moelle*, l'impuissance est fréquente. Elle est précoce dans la paralysie générale, et peut être un indice précurseur de cette affection. Elle succède assez fréquemment à des crises d'excitation (V. SATYRIASIS). Il en est de même dans le *tabes*; mais, dans ce dernier cas, l'impuissance peut dépendre également d'anesthésie des muqueuses génitales. Parfois aussi, il existe une érection incomplète, mais l'éjaculation se fait mal. Dans l'*hémiplegie*, il est ordinaire de voir la fonction sexuelle se rétablir parallèlement à la récupération des autres fonctions organiques. Enfin, dans les *paraplegies*, l'impuissance va de pair avec la flaccidité des membres inférieurs; quand la spasticité s'établit, les érections reviennent, mais incomplètes, insuffisantes en général.

Syndromes mentaux. — Le *neurasthénique* est fréquemment impuissant, et cela par peur de l'être. Nous n'insisterons pas sur ces faits bien connus, soit que l'on soit impuissant en interprétant comme cause possible d'entrave à la fonction normale un frein trop court ou un prépuce étroit, soit que la peur du ridicule ou la défiance de soi-même suffisent à réaliser les craintes. Quoi qu'il en soit, l'érection est alors incomplète ou même absente, l'éjaculation prématurée, au cas où elle se produit. Si les réflexions de l'érotif ou du déprimé sont peu effrayantes à condition de demeurer épisodiques, leur répétition avec la constance corrélative des succès sexuels peut déterminer une hypocondrie véritable.

Hystérique et *hystéro-traumatisés* présentent souvent, outre l'impuissance proprement dite, une absence complète de désirs; il faut tenir compte ici, comme dans le *tabes*, des anesthésies du tégument. Enfin, chez les *épileptiques*, il est possible de constater une impuissance totale en dehors des phénomènes paroxystiques.

Tous ceux qui présentent des *perversions sexuelles* (v. c. m.) sont plus ou moins impuissants, non seulement parce que les exhibitionnistes, fétichistes, invertis, érotomanes n'ont pas de désir sexuel à l'égard de la femme, mais aussi parce que l'érection peut faire défaut dans les circonstances normales.

Maladies générales. — Bien que l'on connaisse certaines exceptions, l'impuissance est habituelle au cours des affections fébriles. Il en est de même dans l'inanition, les intoxications chroniques, le diabète, etc.

Impuissance chez la femme. — Ce que nous avons dit concernant l'homme nous permettra d'être bref ici. Les *malformations du vagin* peuvent

être congénitales ou dépendre d'opérations, d'accidents, être liées à la présence de tumeurs. Le *vaginisme* (v. c. m.) est une cause plus spéciale d'impuissance; enfin les anesthésies dues à l'hystérie, aux affections de la moelle, ne peuvent être, comme dans l'autre sexe, un bien grand obstacle à la fécondation.

Considérations médico-légales. — L'impuissance peut être invoquée comme raison de nullité de mariage (v. c. m.). Elle peut intervenir dans des questions de divorce, de recherche de paternité, d'adultère. Son existence ferait évidemment tomber une inculpation d'attentat aux mœurs. Enfin, elle peut être corollaire d'accidents ou de blessures; elle doit figurer dans l'étude judiciaire de beaucoup de syndromes mentaux.

Traitement. — On a proposé bien des traitements, le renom de beaucoup fut éphémère. La kola, le phosphore, le musc, le safran, les cantharides sont inutiles ou dangereux. L'opothérapie testiculaire s'est montrée peu efficace. On pourrait essayer les injections d'yohimbine à raison de 1 à 2 c. c. d'une solution au centième; il y a parfois des exanthèmes.

Dans certains cas et dans certaines conditions, en s'entourant des précautions nécessaires, le médecin pourrait avoir recours à la fécondation artificielle; enfin, on se souviendra que, dans les cas d'impuissance conjugale, il est indispensable d'avoir, avec les *deux* conjoints, soit ensemble, soit isolément, souvent les deux, entrevue et explications indispensables. F. MOUTIER.

IMPULSION. — L'impulsion est un syndrome caractérisé par une tendance irrésistible à l'accomplissement d'un acte. On admet généralement l'existence du syndrome, même quand cette tendance n'est suivie d'aucune réalisation.

D'après Pitres et Régis, les impulsions morbides présentent comme caractères généraux d'être endogènes (de causes internes, sauf peut-être lorsqu'elles sont dues à certaines aberrations sensorielles particulières), involontaires, rapides, violentes, aberrantes (en désaccord avec le caractère ou les besoins de l'individu ou avec les idées et les intérêts de la société), conscientes (dans ce cas elles s'accompagnent souvent d'anxiété et de lutte) ou inconscientes, ou subconscientes, ou mnésiques ou amnésiques, isolées ou répétées irrégulièrement par accès. On peut, comme ces deux auteurs, diviser les impulsions, qui sont « dans le domaine de l'activité volontaire, la tendance impérieuse et souvent même irrésistible au retour vers le pur réflexe », en 3 types principaux :

« 1° Les *impulsions motrices pures* ou à réflexe direct, dans lesquelles l'acte suit immédiatement et fatalement la stimulation, sans aucune action inhibitoire intermédiaire » (idiots, imbéciles, épileptiques);

« 2° Les *impulsions psycho-motrices* ou à réflexe retardé, dans lesquelles l'acte suit fatalement mais non toujours immédiatement la stimulation, avec intermédiaire émotif ou même idéo-émotif, mais sans action sérieuse d'inhibition » (dégénérés, hystériques, épileptiques en dehors des accès, maniaques);

« 3° Les *impulsions psychiques* ou à réflexe interrompu, dans lesquelles entre la stimulation et l'acte, qui n'est ni immédiat ni même fatal, s'interpose un intermédiaire idéo-émotif long, compliqué, douloureux, accompagné d'une lutte d'inhibition souvent victorieuse » (V. OBSESSION).

Les impulsions reconnaissent comme facteurs étiologiques toutes les causes d'infériorité psychique, notamment la dégénérescence (surtout des hérédos-

alcooliques) et la démence. La contagion et l'imitation ont souvent une influence déterminante (folie à deux, crimes des foules). Enfin certains processus physiologiques de la vie génitale (puberté, menstruation, grossesse) paraissent jouer le rôle de causes prédisposantes.

Formes cliniques. — Les variétés d'impulsions sont naturellement innombrables; les plus importantes sont les impulsions au suicide, à l'homicide, au vol, à l'incendie, à la boisson (V. DIPSOMANIE), à la fugue (V. AUTOMATISME AMBULATOIRE), aux actes sexuels.

Les *impulsions au suicide* sont tantôt subites et suivies d'une exécution immédiate (épilepsie, manie aiguë, délires toxiques ou infectieux, raptus mélancoliques), tantôt conscientes plus ou moins combattues par les malades (dégénérés supérieurs). L'influence de l'hérédité (suicides se produisant dans plusieurs générations successives et chez plusieurs membres de la même famille, quelquefois au même âge et dans des conditions identiques), de l'imitation (suicides à deux, épidémies de suicides), des processus physiologiques de la vie génitale, des états passionnels, des grandes émotions est à signaler particulièrement.

Les *impulsions à l'homicide* peuvent se présenter sous les 3 types d'impulsions motrices pures (homicide caractérisé par son instantanéité, sa violence, son acharnement sur des personnes inconnues avec amnésie consécutive, — épilepsie convulsive ou larvée, alcoolisme aigu), psychomotrices (états maniaques, paralysie générale, délires hystériques, délires alcooliques. — homicides commis par des enfants) et psychiques. Ces dernières, avec lutte prolongée et anxiété d'autant plus terrible que le malade a horreur de l'acte vers lequel il se sent poussé, présentent tous les intermédiaires depuis la simple phobie, jamais suivie d'effet, jusqu'à l'impulsion finissant par aboutir à l'acte homicide (V. OBSESSION). Généralement, dans ce dernier cas, il se joint à l'obsession impulsive un facteur d'aggravation : dégénérescence marquée, alcoolisme, épilepsie, etc. (Pitres et Régis).

Les *impulsions au vol* peuvent se traduire par des vols plus ou moins inconscients, stupides et souvent amnésiques (dégénérés inférieurs, déments séniles ou paralytiques, épileptiques); quelquefois elles se présentent comme des impulsions conscientes (*kleptomanie* proprement dite), contre lesquelles le malade lutte plus ou moins (épileptiques, hystériques, dégénérés supérieurs, obsédés neurasthéniques). On trouve dans cette dernière variété, dont le vol à l'étalage et le vol dans les grands magasins (surtout hystériques, souvent au moment des époques menstruelles) constituent les types les plus fréquents, tous les intermédiaires entre le vol pathologique et le vol délictueux. Une catégorie de kleptomane mérite une mention spéciale, ce sont les *collectionnistes* qui encombrant leur maison du produit de leurs vols, sans en faire aucun usage, les uns s'emparant de toutes sortes d'objets sans distinction, les autres ne se laissant tenter que par une seule catégorie d'objets.

Les *impulsions à l'incendie* (*pyromanie*) sont signalées principalement chez les imbéciles, les mélancoliques, les déments; leur répétition s'observe surtout chez les dégénérés inférieurs et chez les épileptiques. « Toutes les fois qu'à la campagne, dans un village, dans une commune, des incendies se répètent à des intervalles rapprochés, c'est qu'il existe un garçon, une fille à développement

intellectuel ou physique incomplet, idiot, imbécile ou épileptique; c'est sur cet infirme que doivent porter les soupçons » (Motet). La puberté, la menstruation paraissent avoir une certaine influence. Quelquefois on relève chez ces infirmes une idée de vengeance : dans ce cas, leur acte, quoique pathologique encore, devient discutable en tant que vraie impulsion.

Les *impulsions sexuelles* peuvent être divisées en *impulsions sexuelles proprement dites* ou tendances impulsives à la satisfaction du besoin génital, surtout caractérisées par l'irrésistibilité et par l'inassouvissement (maniaques et paralytiques généraux au début), quelquefois associées à de la masturbation (dégénérés inférieurs) et en *perversions sexuelles impulsives*. Ces dernières sont fort nombreuses; les principales sont : l'*exhibitionnisme* ou impulsion à montrer en public ses organes génitaux, qui se présente tantôt comme un acte démentiel (alcooliques chroniques, épileptiques, déments, paralytiques généraux), tantôt comme une véritable obsession impulsive, intermittente et paroxystique; le *fétichisme* ou « perversion sexuelle obsédante et impulsive conférant tantôt à un objet auquel nos usages prêtent une signification sexuelle (fétichisme impersonnel), tantôt à une partie du corps (fétichisme corporel), le pouvoir exclusif de produire l'orgasme génital » (Garnier); le *sadisme* ou perversion sexuelle obsédante et impulsive, caractérisée par une dépendance entre la souffrance infligée ou mentalement représentée et l'orgasme génital; le *masochisme*, perversion inverse du sadisme; l'*uranisme* ou *inversion sexuelle*, ou direction exclusive de l'inclination amoureuse vers les personnes du même sexe. Toutes ces perversions (v. c. m.) relèvent surtout de la dégénérescence mentale.

Évolution. Pronostic. — La durée d'une impulsion est très variable; on trouve tous les intermédiaires entre l'impulsion instantanée de l'épileptique et l'obsession impulsive qui peut se prolonger des mois ou des années avant d'aboutir à l'acte ou au contraire d'être repoussée. Ce phénomène demeure rarement unique, habituellement il se reproduit et se manifeste alors sous la forme intermittente, sous la forme rémittente ou par accès.

Le pronostic, variable avec la cause, est généralement grave.

Diagnostic. — Le diagnostic est surtout important en *médecine légale* où l'expert a non seulement à reconnaître l'impulsion, mais à déterminer son degré d'irrésistibilité. On ne confondra pas les impulsions avec les actes prémédités et voulus des aliénés, la caractéristique de ce phénomène étant de s'exécuter en dehors de la volonté ou malgré elle. Enfin on devra les rattacher à l'état morbide dont elles dépendent.

On retrouve chez les *dégénérés* toutes les variétés d'impulsions : motrices pures chez les dégénérés inférieurs (impulsions à l'incendie, au vol, à l'homicide, notamment au parricide, au viol, à la bestialité, au vampirisme), psychomotrices chez les dégénérés moyens (impulsions toxicomaniaques, sexuelles, au vol, à l'homicide), psychiques chez les dégénérés supérieurs (obsessions impulsives).

Chez les *épileptiques*, les impulsions liées aux accès ou les constituant elles-mêmes (impulsions à l'homicide, au suicide et à l'automutilation, au vol, à l'incendie; automatisme ambulatoire, attentats publics à la pudeur) présentent les caractères suivants : « soudaineté d'apparition, violence aveugle et brutale;

rapidité et brièveté; inconscience automatique; amnésie; répétition similaire, intermittente ou même périodique (Pitres et Régis). Ils se montrent avec beaucoup moins de netteté dans les impulsions qui se produisent chez ces mêmes malades en dehors des accès.

Toutes les formes d'impulsion sont signalées dans l'hystérie, mais beaucoup d'auteurs admettent qu'elles sont souvent plutôt imputables à un élément associé de dégénérescence qu'à la névrose elle-même. Elles sont fréquentes dans les états maniaques (actes de destruction) et mélancoliques (suicide), dans le délire alcoolique (parfois amnésie consécutive): soudaines dans leurs apparitions, elles sont exécutées immédiatement. Elles sont plus rares dans les folies systématisées, généralement sous la dépendance d'hallucinations impératives de l'ouïe. Dans les états de démence, la paralysie générale au début (impulsion à la marche, à la boisson, au vol, impulsions sexuelles, exhibitionnisme), la démence précoce (fugues), ainsi que dans l'alcoolisme chronique (vols, exhibitionnisme, viols, violences), les impulsions ont un caractère d'absurdité et de naïveté en rapport avec la déchéance intellectuelle du malade.

Traitement. — Le traitement des impulsions varie avec la maladie causale.

Le traitement moral (traitement médico-pédagogique) est particulièrement important chez les jeunes dégénérés. La suggestion hypnotique, préconisée chez ces malades par plusieurs auteurs, ne paraît pas donner grands résultats; d'ailleurs les obsédés impulsifs, en dehors des cas d'association d'hystérie et de dégénérescence, ne sont généralement pas hypnotisables.

L'internement s'impose pour tous les impulsifs dangereux. BRÉCY.

INCAPACITÉS DE TRAVAIL (ÉVALUATION). — La loi de 1898, sur la réparation pécuniaire des accidents du travail, classe ainsi les suites des blessures: 1° l'incapacité temporaire; 2° l'incapacité permanente partielle; 3° l'incapacité permanente totale; 4° la mort.

L'incapacité temporaire est suivie de guérison complète après une période de traitement plus ou moins longue: l'ouvrier reprend son travail avec son salaire antérieur; il n'a droit qu'au demi-salaire et aux frais médicaux et pharmaceutiques pendant toute son incapacité temporaire.

Toute mutilation, toute lésion ou perturbation fonctionnelle incurables constituent des incapacités permanentes de travail. Suivant que le blessé peut encore travailler ou qu'il en est complètement incapable, on dit que l'incapacité est partielle ou totale. Dans les deux cas, le blessé a droit à une rente qui part du jour de la consolidation de la blessure (v. c. m.), c'est-à-dire du moment où l'état du blessé est définitif et ne peut être amélioré par aucun traitement.

Lorsqu'une blessure est « consolidée », le rôle du médecin n'est pas terminé. Il doit fournir au juge l'indication nécessaire pour réparer pécuniairement le dommage causé par l'accident. Voici quel est le principe de cette évaluation.

La capacité ouvrière d'un blessé est représentée par son salaire. L'incapacité qui résulte d'une blessure est par suite représentée par la diminution de salaire que la mutilation doit entraîner. Comment exprimer cette réduction de salaire? Par une fraction ou mieux par un chiffre choisi entre 0 et 100, 100 représentant le salaire normal de l'ouvrier avant l'accident, 0 l'impossibi-

lité pour lui de tout travail rémunérateur. On dit ainsi qu'un blessé a subi une réduction de capacité ouvrière qui correspond à une diminution de salaire de 50 pour 100, de 35 pour 100, de 10 pour 100, etc.

Le médecin doit savoir (V. ACCIDENTS DU TRAVAIL, BLESSURES, EXPERTISE, SIMULATION, PROFESSIONS ASSUJETTIÉES, MALADIES PROFESSIONNELLES) que l'incapacité permanente totale (par abréviation I. P. T.) donne droit à une rente correspondant aux deux tiers du salaire annuel. Un blessé gagnait 1800 francs par an. Devenu aveugle, et par conséquent atteint d'I. P. T., on lui accordera une rente viagère de 1200 francs.

Pour les incapacités permanentes partielles (I. P. P.), la loi accorde une rente correspondant à la moitié de la réduction que l'infirmité fait subir au salaire. Soit un chauffeur qui perd le pouce gauche. Le médecin évalue sa réduction de capacité ouvrière à 20 pour 100. En admettant que son salaire annuel soit de 2400 francs, ce blessé aura droit à une rente de $\frac{2400}{20} = 120$ francs par an.

C'est en faisant ce calcul que le médecin arrivera le plus facilement à évaluer équitablement à quelle réduction de salaire il faut conclure et par suite le chiffre de l'indemnité que le juge accordera au blessé.

Les rentes inférieures à 100 francs peuvent être rachetées, moyennant le capital correspondant.

Incapacités permanentes totales. — Les principales incapacités sont:

1° la cécité ou l'abaissement de l'acuité physiologique au-dessous de 0,01; 2° l'amputation de deux membres (deux bras, deux jambes, un bras et une jambe); 3° une paraplégie par lésion médullaire; 4° une hémiplégie; 5° une lésion cardiaque non compensée; 6° l'aliénation mentale; 7° certaines névroses ou psychoses traumatiques avec troubles cérébraux graves.

En aucun cas, la perte d'un seul membre, même après désarticulation inter-scapulo-thoracique ou coxo-fémorale ne peut être considérée comme constituant une I. P. T. De nombreux jugements, tous réformés en appel, ont fixé la jurisprudence à ce sujet. Mais si l'ouvrier est âgé, illettré et en trop mauvais état général pour pouvoir trouver facilement à travailler, les juges peuvent majorer le chiffre de la rente, en évaluant la perte d'un bras ou d'une jambe à 60, 70 et même 80 pour 100.

Évaluation des incapacités permanentes partielles. — Les I. P. P. sont innombrables. De plus, leur importance varie avec l'âge, la profession, le degré d'instruction et d'intelligence du blessé. L'amputation d'un pied n'aura pas la même importance chez un ouvrier à profession assise que chez un terrassier illettré. De même la perte d'un œil sera beaucoup plus grave pour un mécanicien de précision que pour un charretier. On ne peut donc faire un tarif qui serait non seulement très incomplet, mais surtout injuste par excès et par défaut. Mais il est possible de donner un chiffre minimum et un chiffre maximum pour chaque mutilation, en se basant sur les évaluations admises dans certains pays, comme l'Allemagne où les accidents sont indemnisés depuis 1884.

La table proposée par Georges Brouardel a l'avantage d'être simple et suffisamment complète pour les cas les plus fréquents. Elle est basée sur une division des professions en 4 classes: a) les ouvriers journaliers; b) ceux qui

Tableau de l'Évaluation des Incapacités permanentes de G. Brouardel.

(Les chiffres sont tels que 100 indique le maximum de la perte.)

| NATURE DE L'INFIRMITÉ | ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ | | | |
|--|----------------------------|---|--|-----------------------|
| | I Journaliers. | II Professions intéressant surtout les membres supérieurs. | III Professions intéressant surtout les membres inférieurs. | IV Ouvriers d'art. |
| Perte complète de la vue | 100 | 100 | 100 | 100 |
| — de l'usage des deux membres quelle que soit la combinaison | 100 | 100 | 100 | 100 |
| I. — Membres supérieurs. | | | | |
| A. Membre supérieur droit ou actif. | | | | |
| Perte de tout le membre | 70 à 80. | 70 à 80 | 50 à 70 | 70 à 90 |
| — de toute la partie au-dessous du coude. | 70 à 80 | 70 à 80 | 50 à 60 | 70 à 90 |
| — de la main. | 60 à 75 | 65 à 75 | 45 à 55 | 70 à 90 |
| — du pouce. | 25 à 55 | 25 à 35 | 15 à 25 | 40 à 55 |
| — de l'index. | 10 à 45 | 10 à 25 | 10 à 15 | 25 à 35 |
| — du médus | 10 à 45 | 10 à 15 | 5 à 10 | 15 à 25 |
| — de l'annulaire | 5 à 10 | 5 à 10 | 5 à 10 | 15 à 20 |
| — du petit doigt. | 5 à 10 | 5 à 10 | 5 à 10 | 15 à 20 |
| Ankylose complète de l'articulation de l'épaule | 40 à 55 | 40 à 50 | 25 à 35 | 40 à 65 |
| — incomplète de l'épaule, suivant degré. | 10 à 40 | 10 à 25 | 10 à 25 | 30 à 40 |
| — complète du coude. | 50 à 40 | 30 à 35 | 10 à 25 | 55 à 45 |
| — incomplète du coude, suivant degré. | 10 à 50 | 10 à 50 | 0 à 10 | 20 à 35 |
| — complète de l'articulation du poignet | 20 à 55 | 20 à 50 | 5 à 15 | 50 à 45 |
| — incomplète du poignet, suivant degré. | 5 à 20 | 5 à 20 | 0 à 5 | 40 à 50 |

| | | | | |
|---|------------|------------|------------|------------|
| Perte de tout le membre | 60 à 70 | 60 à 70 | 40 à 50 | 70 à 80 |
| — de toute la partie au-dessous du coude. | 60 à 70 | 60 à 70 | 40 à 50 | 70 à 80 |
| — de la main. | 55 à 65 | 55 à 65 | 30 à 40 | 70 à 80 |
| — du pouce. | 15 à 25 | 15 à 25 | 10 à 25 | 25 à 40 |
| — de l'index. | 5 à 45 | 5 à 15 | 5 à 15 | 15 à 25 |
| — du médus | 5 à 10 | 5 à 10 | 5 à 10 | 15 à 20 |
| — de l'annulaire | 5 à 10 | 5 à 10 | 0 à 5 | 10 à 15 |
| — du petit doigt. | 0 à 10 | 0 à 5 | 0 à 5 | 5 à 10 |
| Ankylose complète de l'articulation de l'épaule | 40 à 50 | 30 à 45 | 40 à 25 | 55 à 55 |
| — incomplète de l'épaule, suivant degré. | 10 à 40 | 10 à 50 | 0 à 10 | 40 à 35 |
| — complète du coude. | 25 à 55 | 25 à 55 | 5 à 15 | 25 à 40 |
| — incomplète du coude, suivant degré. | 5 à 25 | 5 à 25 | 0 à 5 | 10 à 15 |
| — complète du poignet | 15 à 20 | 15 à 20 | 5 à 10 | 20 à 50 |
| — incomplète du poignet, suivant degré. | 5 à 15 | 5 à 15 | 0 à 5 | 5 à 20 |
| II. — Membres inférieurs. | | | | |
| Perte complète d'un membre. | 50 à 75 | 50 à 75 | 70 à 90 | 50 à 75 |
| — du membre au-dessous du genou. | 50 à 70 | 50 à 70 | 60 à 80 | 50 à 70 |
| — du pied | 40 à 60 | 40 à 60 | 60 à 80 | 50 à 60 |
| Amputation de tous les orteils. | 25 à 55 | 20 à 50 | 40 à 60 | 25 à 55 |
| Perte du gros orteil | 15 à 20 | 10 à 20 | 20 à 40 | 15 à 20 |
| Grand raccourcissement d'un membre inférieur (plus de 5 centimètres) | 25 à 35 | 20 à 30 | 45 à 60 | 25 à 55 |
| Petit raccourcissement d'un membre inférieur (moins de 5 centimètres), suiv. degré. | Jusqu'à 25 | Jusqu'à 20 | Jusqu'à 45 | Jusqu'à 25 |
| Ankylose complète de la hanche. | 30 à 45 | 30 à 45 | 60 à 80 | 50 à 45 |
| — incomplète de la hanche, suivant degré | 10 à 50 | 10 à 50 | 40 à 60 | 10 à 50 |
| — complète du genou | 20 à 50 | 20 à 50 | 40 à 60 | 20 à 50 |
| — incomplète du genou, suivant degré. | 10 à 20 | 10 à 20 | 50 à 40 | 10 à 20 |
| — complète du cou-de-pied. | 10 à 25 | 10 à 25 | 40 à 60 | 10 à 25 |
| — incomplète du cou-de-pied, suivant degré | 0 à 10 | 0 à 10 | 50 à 40 | 0 à 10 |
| III. — Lésions diverses. | | | | |
| Perte d'un œil, l'autre étant intact. | 20 à 40 | 20 à 40 | 20 à 40 | 20 à 40 |
| — d'un œil, l'autre étant malade (voyez plus loin) | 0 à 50 | 0 à 10 | 0 à 50 | 0 à 15 |
| Hernies de force. | | | | |

Évaluations des LÉSIONS de la MAIN (Rémy).

En ce qui concerne les membres supérieurs, on a désigné sous le nom de membre actif, celui auquel le blessé, d'instinct, accorde un rôle prépondérant (le bras droit chez les droitiers, le bras gauche chez les gauchers). — Dans certaines professions, les deux membres sont appelés à rendre des services identiques et doivent être considérés tous deux comme actifs.

AMPUTATION OU DÉSARTICULATION

| ÉNUMÉRATION DES LÉSIONS ou MUTILATIONS | FONCTIONS OUVRIÈRES DE LA MAIN | | | | | | DIMINUTION DE VALEUR RÉSULTANT DES LÉSIONS OU MUTILATIONS CI-CONTRE | |
|--|-----------------------------------|-------------------|---------------------|-----------------------------|-------------------|------------------|--|-------------------------------------|
| | Anneau pouce-digital. | Pince. | Fourreau. | Roulement des doigts. | Direction. | Effort. | Pour le blessé considéré au point de vue de son aptitude générale au travail. | |
| | | | | | | | Si la main active est atteinte. | Si la main passive est atteinte. |
| Pouce (phalange unguéale). | diminué. | diminuée. | intact. | diminué. | diminuée. | diminué. | 1/10 | p. 100 4,8 |
| — (2 ^e phalange). | 0 | 0 | id. | 0 | très diminuée. | très diminué. | 1/5 | 20 |
| — et son métacarpien. | 0 | 0 | id. | 0 | id. | diminué. | 1/2 | 50 |
| Index (phalange unguéale ou phalan- gette). | diminué. | diminuée. | diminué. | conservé. | diminuée. | conservé. | 1/10 | 6 |
| — (2 ^e phalange ou phalangine). | id. | très diminuée. | id. | id. | id. | id. | 1/8 | 7,5 |
| — (phalange métacarpienne). | 0 | 0 | très diminué. | diminué. | id. | diminué. | 1/5 à 1/4 | 12 à 15 |
| Mé dius (phalange unguéale ou phalan- gette). | intact. | intacte. | à peine diminué. | intact. | intacte. | intact. | 0 | 0 |

| | | | | | | | | | |
|---|------------------------------------|----------|---------------------|---------|-------------------|--------------------|------|-----|-----|
| — (2 ^e phalange ou phalangine). | id. | id. | id. | id. | id. | un peu diminué. | 1/20 | 5 | 2,4 |
| — (phalange métacarpienne). | id. | id. | id. | id. | id. | id. | 1/15 | 4 | 3,2 |
| <i>Annulaire.</i> | Même évaluation que pour le médus. | | | | | | | | |
| <i>Auriculaire</i> (phalange unguéale ou pha- langette). | intact. | intacte. | à peine diminué. | intact. | intacte. | id. | 1/60 | 1 | 0,8 |
| — (2 ^e phalange ou phalangine). | id. | id. | affaibli. | id. | diminuée. | diminué. | 1/10 | 6 | 4,8 |
| — (phalange métacarpienne). | id. | id. | très affaibli. | id. | affaibli. | id. | 1/8 | 7,5 | 6 |
| — et son métacarpien. | id. | id. | id. | id. | très affaibli. | id. | 1/6 | 10 | 8 |

1. Le chiffre 0 indique que la fonction est rendue impossible.

N. B. — Pour évaluer la perte de plusieurs doigts de la même main, il suffit d'additionner.

OBSERVATIONS

Ce qui domine dans la fonction du membre supérieur, c'est l'importance de la main.

La perte de la main entière équivaut à la perte de tout le bras; telle est la solution simpliste donnée au problème, comme un axiome, dans quelques tableaux d'évaluation.

Ce principe constitue une exagération évidente: il reste certainement, suivant la longueur du membre qui a été conservé, un espoir d'en tirer parti; nous l'avons indiqué plusieurs fois. Cette réserve faite, il n'est que trop vrai que les fonctions qui persistent dans un membre dépourvu de main sont très peu nombreuses et très peu importantes.

En tout cas, s'il s'agit de la main active, l'exercice de la profession devient impraticable.

L'appareil prothétique ne remplace jamais la main: il se borne à cacher la difformité, à rendre la traction possible grâce au point d'appui sur l'épaule et permet de fixer la matière à travailler, mais tous les ouvrages qui réclament de

la force et de l'habileté se trouvent supprimés. La main intacte doit suppléer, par une nouvelle éducation, à la main détruite.

Si l'accident intéresse le bras qui ne remplit pas le rôle actif, c'est-à-dire affecte la main passive, la perte est bien moindre, car l'organe atteint fonctionne plutôt comme agent de fixation et peut, dès lors, être remplacé par un poids métallique, par une éponge, etc.

Tout doigt de la main a sa valeur relative, car chacun d'eux, à des titres divers, possède des fonctions multiples, et véritablement utiles au travail. Mais, si nous acceptons 4 pour 100 pour un doigt quelconque de la main (médus ou annulaire), ce chiffre ne suffira plus pour un index; nous devons l'élever à 12 pour 100 et il est même possible qu'on soit amené à l'augmenter encore, parce que ce doigt est plus précieux dans certaines professions auxquelles le blessé pourrait avoir à se livrer; dans ce cas, il serait équitable d'atteindre 15 pour 100.

Toute autre majoration nous semblerait exagérée, et ce chiffre lui-même est une cote exceptionnelle applicable seulement à un ouvrier de valeur.