

#### 14.5. SÉQUELLES DU PANCRÉAS ENDOCRINE.

On admet, à titre exceptionnel, qu'un diabète puisse être d'origine traumatique, mais une telle éventualité ne doit être retenue qu'une fois éliminée toute preuve d'existence d'un diabète sucré antérieur, et notamment sur les résultats d'analyses disponibles.

Rechercher aussi systématiquement l'existence de signes de complications dégénératives (chute des dents par arthrite alvéolodentaire, artériopathie principalement des membres inférieurs, rétinopathie, etc.) dont le délai d'apparition excède notablement celui séparé de la découverte du diabète de la date de l'accident.

Il faut considérer que les rares cas de diabète traumatique authentique surviennent peu après l'accident, et qu'il paraît exceptionnel que le début survienne après un délai de 6 mois.

Le diabète post-traumatique est, dans la grande majorité des cas, insulino-dépendant ; l'estimation de l'incapacité sera fonction de la sensibilité aux hypoglycémifiants de synthèse, ou à l'insuline, et dans ce dernier cas, sur la stabilité ou l'instabilité d'équilibration.

- Diabète sucré équilibré par un régime et la prise d'hypoglycémifiants oraux..... 5 à 10
- Diabète sucré nécessitant un régime strict et l'emploi de l'insuline..... 30 à 40
- Diabète sucré avec incidents d'acidose ou de coma. Régime strict, amaigrissement, difficulté d'un régime équilibré par l'insuline..... 40 à 70

Lors des révisions, les complications (artérite, rétinite, atteinte rénale, etc.) seront évaluées selon le déficit fonctionnel de l'organe atteint (voir « Appareil cardio-vasculaire », « Séquelles ophtalmologiques », « Appareil urinaire », etc.) et s'ajouteront aux taux ci-dessus, le taux global ne pouvant excéder 100 %.