

MINISTRE DES ENSEIGNEMENTS
SECONDAIRE, SUPERIEUR ET DE
LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple - Un But - Une Foi

DIRECTION NATIONALE DE
L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE
ET DE PHARMACIE

Année Universitaire 1993-1994

N° : ..34..

TITRE DE THESE

APPROCHE DIAGNOSTIQUE ET THERAPEUTIQUE
DE L'HYPERTENSION ARTERIELLE
CHEZ LE SUJET AGE (50 ANS ET PLUS)
AU MALI

T H E S E

PRESENTÉE ET SOUTENUE EN VUE DE L'OBTENTION DE LA DIPLOME DE DOCTEUR EN
MÉDECINE (Spécialité de Médecine Interne)

Par Amadou Aliouane (M. A. M.)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(Spécialité de Médecine Interne - l'Etat)

Examinateurs :
Président du Jury : Professeur Moussa TRAORE
Membres : Docteur Kassoum Mamourou SANOGO
: Docteur Saharé FONGORO
Directeur de thèse : Professeur Mahamane Kalil MAIGA

EXHIBIT 1007-2, 1007-3, 1007-4, 1007-5, 1007-6, 1007-7, 1007-8, 1007-9, 1007-10, 1007-11, 1007-12, 1007-13, 1007-14, 1007-15, 1007-16, 1007-17, 1007-18, 1007-19, 1007-20, 1007-21, 1007-22, 1007-23, 1007-24, 1007-25, 1007-26, 1007-27, 1007-28, 1007-29, 1007-30, 1007-31, 1007-32, 1007-33, 1007-34, 1007-35, 1007-36, 1007-37, 1007-38, 1007-39, 1007-40, 1007-41, 1007-42, 1007-43, 1007-44, 1007-45, 1007-46, 1007-47, 1007-48, 1007-49, 1007-50, 1007-51, 1007-52, 1007-53, 1007-54, 1007-55, 1007-56, 1007-57, 1007-58, 1007-59, 1007-60, 1007-61, 1007-62, 1007-63, 1007-64, 1007-65, 1007-66, 1007-67, 1007-68, 1007-69, 1007-70, 1007-71, 1007-72, 1007-73, 1007-74, 1007-75, 1007-76, 1007-77, 1007-78, 1007-79, 1007-80, 1007-81, 1007-82, 1007-83, 1007-84, 1007-85, 1007-86, 1007-87, 1007-88, 1007-89, 1007-90, 1007-91, 1007-92, 1007-93, 1007-94, 1007-95, 1007-96, 1007-97, 1007-98, 1007-99, 1007-100

EXHIBIT 1007-2

1007-2: [Illegible text]

1007-3: [Illegible text]

1007-4: [Illegible text]

1007-5: [Illegible text]

1007-6: [Illegible text]

1007-7: [Illegible text]

1007-8: [Illegible text]

000000000000000000

1. 2150 2150 000000000000000000

Mr. [Name] [Address]
[City] [State] [Zip]
[Phone Number]

Mr. [Name] [Address]
[City] [State] [Zip]
[Phone Number]

Dear Mr. [Name]:
I am writing to you regarding
the [Subject] of [Topic].
I hope this letter finds you well.
I am writing to you regarding
the [Subject] of [Topic].
I hope this letter finds you well.

I am writing to you regarding
the [Subject] of [Topic].
I hope this letter finds you well.
I am writing to you regarding
the [Subject] of [Topic].
I hope this letter finds you well.

Sincerely,
[Name]

Very truly yours,
[Name]
[Title]

Very truly yours,
[Name]
[Title]

I am writing to you regarding
the [Subject] of [Topic].
I hope this letter finds you well.
I am writing to you regarding
the [Subject] of [Topic].
I hope this letter finds you well.
I am writing to you regarding
the [Subject] of [Topic].
I hope this letter finds you well.
I am writing to you regarding
the [Subject] of [Topic].
I hope this letter finds you well.

I am writing to you regarding
the [Subject] of [Topic].
I hope this letter finds you well.
I am writing to you regarding
the [Subject] of [Topic].
I hope this letter finds you well.

4. 1. 1941 - 15. August 1948

Dr. Wilhelm Schenck
Postfach 10, Münster 10
Dr. Wilhelm Schenck

Dr. Wilhelm Schenck
Postfach 10, Münster 10
Dr. Wilhelm Schenck

Dr. Wilhelm Schenck
Postfach 10, Münster 10
Dr. Wilhelm Schenck

Dr. Wilhelm Schenck
Postfach 10, Münster 10
Dr. Wilhelm Schenck

4. 2. 1949 - 1. 1. 1950

Dr. Wilhelm Schenck

Dr. Wilhelm Schenck

4. 3. 1950 - 1. 1. 1951

4. 4. 1951 - 1. 1. 1952

Dr. Wilhelm Schenck
Postfach 10, Münster 10
Dr. Wilhelm Schenck

Dr. Wilhelm Schenck
Postfach 10, Münster 10
Dr. Wilhelm Schenck

4. 5. 1952 - 1. 1. 1953

Dr. Wilhelm Schenck

4. 6. 1953 - 1. 1. 1954

Dr. Wilhelm Schenck

Dr. Wilhelm Schenck

Dr. Wilhelm Schenck

Dr. Wilhelm Schenck

Dr. Wilhelm Schenck

1. THE WORKS

1.1. THE WORKS OF
THE EARLY PERIOD
1.1.1. THE WORKS OF
1.1.2. THE WORKS OF

1.1.3. THE WORKS OF
1.1.4. THE WORKS OF
1.1.5. THE WORKS OF

1.2. THE WORKS OF THE MIDDLE PERIOD

1.2.1. THE WORKS OF

1.2.1.1. THE WORKS OF

1.2.1.2. THE WORKS OF

1.2.1.3. THE WORKS OF

1.2.2. THE WORKS OF

1.2.2.1. THE WORKS OF

1.2.2.2. THE WORKS OF
(1.2.2.2.1. THE WORKS OF)
1.2.2.2.3. THE WORKS OF

1.2.2.3. THE WORKS OF

1.2.3. THE WORKS OF

1.2.3.1. THE WORKS OF

1.2.3.2. THE WORKS OF

1.2.3.3. THE WORKS OF

1.2.3.4. THE WORKS OF

1.2.3.5. THE WORKS OF

1.2.3.6. THE WORKS OF

1.2.3.7. THE WORKS OF

1.2.3.8. THE WORKS OF

1.2.3.9. THE WORKS OF

1.2.3.10. THE WORKS OF

1.2.3.11. THE WORKS OF

1.2.3.12. THE WORKS OF

1.2.3.13. THE WORKS OF

4. DAPK 3 ZONIERUNG

Die folgende Tabelle zeigt die
Menge an Material, die für
den Bau einer Garage
benötigt wird.

5. ANFORDERUNG

Die folgende Tabelle zeigt

6. ANFORDERUNG AN DIE MATERIALIEN

Die folgende Tabelle zeigt
die Menge an Material, die
für den Bau einer Garage
benötigt wird. Die Tabelle
ist in zwei Spalten unterteilt.
Die linke Spalte zeigt die
Menge an Material, die für
den Bau einer Garage
benötigt wird. Die rechte
Spalte zeigt die Menge an
Material, die für den Bau
einer Garage benötigt wird.

Die folgende Tabelle zeigt
die Menge an Material, die
für den Bau einer Garage
benötigt wird. Die Tabelle
ist in zwei Spalten unterteilt.
Die linke Spalte zeigt die
Menge an Material, die für
den Bau einer Garage
benötigt wird. Die rechte
Spalte zeigt die Menge an
Material, die für den Bau
einer Garage benötigt wird.

Die folgende Tabelle zeigt

Die folgende Tabelle zeigt
die Menge an Material, die
für den Bau einer Garage
benötigt wird. Die Tabelle
ist in zwei Spalten unterteilt.
Die linke Spalte zeigt die
Menge an Material, die für
den Bau einer Garage
benötigt wird. Die rechte
Spalte zeigt die Menge an
Material, die für den Bau
einer Garage benötigt wird.

7. ANFORDERUNG AN DIE MATERIALIEN

Die folgende Tabelle zeigt
die Menge an Material, die
für den Bau einer Garage
benötigt wird. Die Tabelle
ist in zwei Spalten unterteilt.
Die linke Spalte zeigt die
Menge an Material, die für
den Bau einer Garage
benötigt wird. Die rechte
Spalte zeigt die Menge an
Material, die für den Bau
einer Garage benötigt wird.

Die folgende Tabelle zeigt
die Menge an Material, die
für den Bau einer Garage
benötigt wird. Die Tabelle
ist in zwei Spalten unterteilt.
Die linke Spalte zeigt die
Menge an Material, die für
den Bau einer Garage
benötigt wird. Die rechte
Spalte zeigt die Menge an
Material, die für den Bau
einer Garage benötigt wird.

1. Introduction

1.1. The first part of the document is devoted to the study of the

11

1.2. The second part of the document is devoted to the study of the

12

1.3. The third part of the document is devoted to the study of the

13

1.4. The fourth part of the document is devoted to the study of the

14

1.5. The fifth part of the document is devoted to the study of the

15

1.6. The sixth part of the document is devoted to the study of the

16

1.7. The seventh part of the document is devoted to the study of the

17

1.8. The eighth part of the document is devoted to the study of the

18

1.9. The ninth part of the document is devoted to the study of the

19

1.10. The tenth part of the document is devoted to the study of the

20

1.11. The eleventh part of the document is devoted to the study of the

21

1.12. The twelfth part of the document is devoted to the study of the

22

1.13. The thirteenth part of the document is devoted to the study of the

23

1.14. The fourteenth part of the document is devoted to the study of the

24

1.15. The fifteenth part of the document is devoted to the study of the

25

1.16. The sixteenth part of the document is devoted to the study of the

26

1.17. The seventeenth part of the document is devoted to the study of the

27

1.18. The eighteenth part of the document is devoted to the study of the

28

1.19. The nineteenth part of the document is devoted to the study of the

29

1.20. The twentieth part of the document is devoted to the study of the

30

1.21. The twenty-first part of the document is devoted to the study of the

31

1.22. The twenty-second part of the document is devoted to the study of the

32

1.23. The twenty-third part of the document is devoted to the study of the

33

1.24. The twenty-fourth part of the document is devoted to the study of the

34

1.25. The twenty-fifth part of the document is devoted to the study of the

35

1.26. The twenty-sixth part of the document is devoted to the study of the

36

1.27. The twenty-seventh part of the document is devoted to the study of the

37

1.28. The twenty-eighth part of the document is devoted to the study of the

38

1.29. The twenty-ninth part of the document is devoted to the study of the

39

1.30. The thirtieth part of the document is devoted to the study of the

40

1.31. The thirty-first part of the document is devoted to the study of the

41

1.32. The thirty-second part of the document is devoted to the study of the

42

1.33. The thirty-third part of the document is devoted to the study of the

43

1.34. The thirty-fourth part of the document is devoted to the study of the

44

1.35. The thirty-fifth part of the document is devoted to the study of the

45

1.36. The thirty-sixth part of the document is devoted to the study of the

46

1.37. The thirty-seventh part of the document is devoted to the study of the

47

1.38. The thirty-eighth part of the document is devoted to the study of the

48

1.39. The thirty-ninth part of the document is devoted to the study of the

49

1.40. The fortieth part of the document is devoted to the study of the

50

Yield of <i>Yucca</i>	73
Yield of <i>Yucca</i>	75
Yield of <i>Yucca</i>	75
Yield of <i>Yucca</i>	77
Yield of <i>Yucca</i>	77
Yield of <i>Yucca</i>	77
Yield of <i>Yucca</i>	77

1990-1991

1. *Chlorophyll a* (mg/L)

2. *Chlorophyll b* (mg/L)

3. *Chlorophyll c* (mg/L)

4. *Chlorophyll d* (mg/L)

5. *Chlorophyll e* (mg/L)

6. *Chlorophyll f* (mg/L)

7. *Chlorophyll g* (mg/L)

8. *Chlorophyll h* (mg/L)

9. *Chlorophyll i* (mg/L)

10. *Chlorophyll j* (mg/L)

11. *Chlorophyll k* (mg/L)

12. *Chlorophyll l* (mg/L)

13. *Chlorophyll m* (mg/L)

14. *Chlorophyll n* (mg/L)

15. *Chlorophyll o* (mg/L)

16. *Chlorophyll p* (mg/L)

17. *Chlorophyll q* (mg/L)

18. *Chlorophyll r* (mg/L)

19. *Chlorophyll s* (mg/L)

20. *Chlorophyll t* (mg/L)

21. *Chlorophyll u* (mg/L)

22. *Chlorophyll v* (mg/L)

23. *Chlorophyll w* (mg/L)

24. *Chlorophyll x* (mg/L)

- Monologe des Mannes
- Ein Paß für den Mann und
- ein Paß für die Frau

per se ist die Frau in der Ehe nicht gealtert und hat keine derer

die sie fürchtet und liebt

Die Ehe ist ein Vertrag

der nicht zu brechen ist

der nicht zu ändern ist

der nicht zu lösen ist

der nicht zu beenden ist

der nicht zu ändern ist

der nicht zu lösen ist

der nicht zu beenden ist

der nicht zu ändern ist

der nicht zu lösen ist

der nicht zu beenden ist

der nicht zu ändern ist

der nicht zu lösen ist

der nicht zu beenden ist

der nicht zu ändern ist

der nicht zu lösen ist

der nicht zu beenden ist

der nicht zu ändern ist

der nicht zu lösen ist

der nicht zu beenden ist

der nicht zu ändern ist

der nicht zu lösen ist

der nicht zu beenden ist

der nicht zu ändern ist

der nicht zu lösen ist

der nicht zu beenden ist

der nicht zu ändern ist

der nicht zu lösen ist

der nicht zu beenden ist

der nicht zu ändern ist

der nicht zu lösen ist

der nicht zu beenden ist

der nicht zu ändern ist

der nicht zu lösen ist

der nicht zu beenden ist

der nicht zu ändern ist

der nicht zu lösen ist

der nicht zu beenden ist

der nicht zu ändern ist

der nicht zu lösen ist

der nicht zu beenden ist

der nicht zu ändern ist

der nicht zu lösen ist

Professora: Alameda Z. Díaz

Professora: M. R. Díaz

Professora: M. R. Díaz

Professora: M. R. Díaz

Professora: M. R. Díaz

Professora: M. R. Díaz

Professora: M. R. Díaz

Professora: M. R. Díaz

Professora: M. R. Díaz

Professora: M. R. Díaz

Professora: M. R. Díaz

Professora: M. R. Díaz

Professora: M. R. Díaz

Professora: M. R. Díaz

QUESTIONNAIRE

1. A quel grade êtes-vous affecté, et quel est votre poste ?
Vous avez été affecté dans votre dernière affectation à la direction de l'École de Police.

2. Quelle est votre formation initiale et vos stages complémentaires effectués pendant votre carrière ?
Je suis titulaire d'un diplôme de l'École de Police et d'un diplôme de l'École de Formation des Officiers de Police.

3. Quelle est votre expérience professionnelle en matière de formation ?
J'ai travaillé pendant 10 ans dans le service de formation de la Gendarmerie.

4. Quelles sont les principales missions que vous avez effectuées pendant votre carrière ?
J'ai été responsable de la formation des officiers de police, de la formation des agents de police, de la formation des officiers de gendarmerie, de la formation des agents de gendarmerie, de la formation des officiers de justice, de la formation des agents de justice, de la formation des officiers de justice, de la formation des agents de justice.

5. A quel moment de votre carrière avez-vous effectué vos dernières formations ?
J'ai effectué mes dernières formations en 2010.

6. Quelles sont les principales difficultés que vous avez rencontrées pendant votre carrière ?
Les principales difficultés que j'ai rencontrées pendant ma carrière sont : le manque de ressources, le manque de personnel, le manque de matériel, le manque de formation, le manque de motivation, le manque de communication, le manque de collaboration, le manque de respect, le manque de confiance, le manque de respect, le manque de confiance, le manque de respect, le manque de confiance.

7. Quelles sont les principales réussites que vous avez obtenues pendant votre carrière ?
Les principales réussites que j'ai obtenues pendant ma carrière sont : la mise en place de la formation des officiers de police, la mise en place de la formation des agents de police, la mise en place de la formation des officiers de gendarmerie, la mise en place de la formation des agents de gendarmerie, la mise en place de la formation des officiers de justice, la mise en place de la formation des agents de justice.

8. Quelles sont les principales perspectives que vous avez envisagées pendant votre carrière ?
Les principales perspectives que j'ai envisagées pendant ma carrière sont : la mise en place de la formation des officiers de police, la mise en place de la formation des agents de police, la mise en place de la formation des officiers de gendarmerie, la mise en place de la formation des agents de gendarmerie, la mise en place de la formation des officiers de justice, la mise en place de la formation des agents de justice.

9. Quelles sont les principales raisons de votre départ de la fonction publique ?
Les principales raisons de mon départ de la fonction publique sont : le manque de ressources, le manque de personnel, le manque de matériel, le manque de formation, le manque de motivation, le manque de communication, le manque de collaboration, le manque de respect, le manque de confiance, le manque de respect, le manque de confiance.

10. Quelles sont les principales raisons de votre retour à la fonction publique ?
Les principales raisons de mon retour à la fonction publique sont : le manque de ressources, le manque de personnel, le manque de matériel, le manque de formation, le manque de motivation, le manque de communication, le manque de collaboration, le manque de respect, le manque de confiance, le manque de respect, le manque de confiance.

11. Quelles sont les principales raisons de votre départ de la fonction publique ?
Les principales raisons de mon départ de la fonction publique sont : le manque de ressources, le manque de personnel, le manque de matériel, le manque de formation, le manque de motivation, le manque de communication, le manque de collaboration, le manque de respect, le manque de confiance, le manque de respect, le manque de confiance.

2. Je ne suis d'aucun parti, mais, si je n'étais pas
devenu un voleur pour l'un de mes amis, j'aurais pu
pour un de ces amis de mes amis.

3. Je ne suis d'aucun parti, mais, si je n'étais pas
devenu un voleur pour l'un de mes amis, j'aurais pu
pour un de ces amis de mes amis.

4. Je ne suis d'aucun parti, mais, si je n'étais pas
devenu un voleur pour l'un de mes amis, j'aurais pu
pour un de ces amis de mes amis.

5. Je ne suis d'aucun parti, mais, si je n'étais pas
devenu un voleur pour l'un de mes amis, j'aurais pu
pour un de ces amis de mes amis.

6. Je ne suis d'aucun parti, mais, si je n'étais pas
devenu un voleur pour l'un de mes amis, j'aurais pu
pour un de ces amis de mes amis.

7. Je ne suis d'aucun parti, mais, si je n'étais pas
devenu un voleur pour l'un de mes amis, j'aurais pu
pour un de ces amis de mes amis.

8. Je ne suis d'aucun parti, mais, si je n'étais pas
devenu un voleur pour l'un de mes amis, j'aurais pu
pour un de ces amis de mes amis.

9. Je ne suis d'aucun parti, mais, si je n'étais pas
devenu un voleur pour l'un de mes amis, j'aurais pu
pour un de ces amis de mes amis.

10. Je ne suis d'aucun parti, mais, si je n'étais pas
devenu un voleur pour l'un de mes amis, j'aurais pu
pour un de ces amis de mes amis.

11. Je ne suis d'aucun parti, mais, si je n'étais pas
devenu un voleur pour l'un de mes amis, j'aurais pu
pour un de ces amis de mes amis.

12. Je ne suis d'aucun parti, mais, si je n'étais pas
devenu un voleur pour l'un de mes amis, j'aurais pu
pour un de ces amis de mes amis.

* AUX MEMBRES DU JURY

* A notre maître et juge, Professeur MOUSSA TRAORE

Professeur agrégé de Neurologie à l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie, Chef de service de Neurologie de l'Hôpital du Point G.

Vous avez contribué à notre formation de façon considérable. Votre rigueur scientifique et la clarté de l'enseignement que vous dispenser font de vous un maître respecté et respectable. Vous nous faites honneur en acceptant de juger ce travail. Trouvez ici l'expression de notre profonde gratitude.

* A notre maître et Directeur de thèse et juge

Professeur Mahamane Kalil MAIGA

Professeur agrégé de Néphrologie et de Médecine interne à l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie

Chef de service de Néphrologie-Médecine E de l'Hôpital du point G, Expert à l'OMS

Vous êtes le véritable artisan de notre carrière de médecin. Votre humanisme, votre savoir faire, et votre savoir être, nous ont comblés, ils vous ont valu la confiance de vos pairs au delà du Mali

Trouvez dans ce travail, l'expression de notre profonde gratitude et de notre profond attachement.

* A notre maître et juge, Docteur Kassoum Mamourou SANOGO

Chef du service de cardiologie de l'Hôpital Gabriel Touré

Vous nous toujours été accueillis avec courtoisie et tendresse chaque fois que nous nous sommes présentés dans votre service

Votre contribution à la formation des jeunes générations de médecins maliens est capitale.

Trouvez ici l'expression de notre profond respect.

- A notre maître et juge,

Docteur Sahiré TOYBORO, assistant-Chef de clinique de Néphrologie à l'EMMP, Adjoint du chef de service néphrologie de l'Hôpital de Point G.

A vos côtés nous avons fait ce parcours de jour comme de nuit vous nous avez apporté un concours inestimable pendant ces 20 mois de collaboration nous avons été marqué de votre modestie, votre sympathie et votre constante disponibilité.

Trouvez ici l'expression de nos remerciements sincères.

1. The first part of the document discusses the importance of maintaining accurate records of all transactions and activities. This is essential for ensuring transparency and accountability in the organization's operations.

2. It also highlights the need for regular communication and collaboration between all stakeholders involved in the project. This helps to identify potential issues early on and ensures that everyone is working towards the same goals.

3. Furthermore, the document emphasizes the importance of having a clear understanding of the organization's mission and vision. This provides a sense of purpose and direction for all employees, which is crucial for long-term success.

4. Finally, the document concludes by stating that these principles are essential for building a strong and resilient organization that can thrive in a competitive market.

UNIT 1: THE GREEK CLASSICAL PERIOD

1.1.1. The Golden Age of Greece: Pericles, Athens, and the Parthenon

1.1.2. The Peloponnesian War: Causes and Consequences

1.2.1. The Works of Aeschylus, Sophocles, and Euripides

1.2.2. The History of Herodotus and Thucydides

1.3.1. The Art of Classical Greece: Sculpture and Architecture

1.3.2. The Legacy of Classical Greece: Influence on the Roman Empire

1.4.1. The Decline of Classical Greece: The Hellenistic Period

1.4.2. The Hellenistic World: Alexander the Great and the Hellenistic Kingdoms

... et de la ... par ...

... et de la ... par ...

1944

... (14) ...

... (14) ...

... (14) ...

... (14) ...

... (14) ...

... (14) ...

... (14) ...

... (14) ...

... (14) ...

... (14) ...

... (14) ...

... (14) ...

115

116

117

118

119

120

121

122

123

124

125

126

127

128

... (faint text) ... (22).

... (faint text)

... (faint mathematical equation)

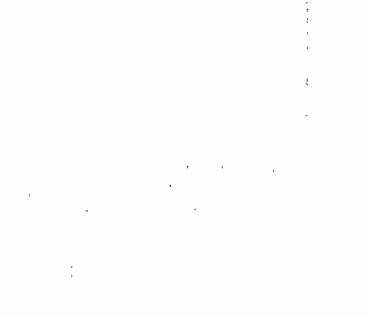
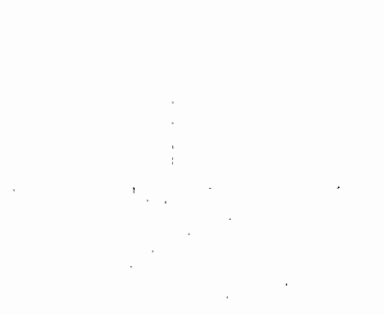
... (faint mathematical equation)

... (faint mathematical equation)

... (faint mathematical equation)



... (faint mathematical equation)



... (faint text)

* Le débit cardiaque est lié à des paramètres cardiaques (fréquence et volume d'éjection systolique) (VES) et à un paramètre extra cardiaque (la volémie) (22).

Les variations de la fréquence cardiaque (F) ou du volume d'éjection systolique (VES) sont commandées par l'effet local des catécholamines libérées par le plexus sympathique cardiaque.

Les variations de la volémie résultent de mécanismes plus complexes, impliquant un contrôle central.

La pression artérielle périphérique dépendant notamment de la viscosité du sang, la tension artérielle est donc influencée par le système sympathique. Les variations de la tension artérielle sont donc commandées par le système sympathique (23).

Les prostaglandines sont des hormones d'action locale produites par les cellules des cellules de l'endothélium. Il y a 12 types de prostaglandines, PG2, PG2 alpha, PG2, et PG2, PG2, et PG2. Elles ont une action locale et sont produites par les cellules endothéliales, notamment par les cellules endothéliales, qui produisent des prostaglandines à la fois dans les cellules endothéliales et dans les cellules musculaires.

2. Les prostaglandines et le système sympathique

Les prostaglandines sont des hormones d'action locale produites par les cellules endothéliales et les cellules musculaires. Elles ont une action locale et sont produites par les cellules endothéliales, notamment par les cellules endothéliales, qui produisent des prostaglandines à la fois dans les cellules endothéliales et dans les cellules musculaires.

3. Les prostaglandines et le système sympathique

Les prostaglandines sont des hormones d'action locale produites par les cellules endothéliales et les cellules musculaires. Elles ont une action locale et sont produites par les cellules endothéliales, notamment par les cellules endothéliales, qui produisent des prostaglandines à la fois dans les cellules endothéliales et dans les cellules musculaires.

... (faint text) ...

... (faint text) ...

... (faint text) ...

... (faint text) ...

... (faint text) ...

... (faint text) ...

... (faint text) ...

schiffen de la Compagnie de la K. (184-185-186) en une
triple schiffen au Nord ont été affectés dans certaines formes
délivrance de 2 1/2 heures de la G. de la Compagnie de la K.

Leur mission principale est de transporter les passagers
et les marchandises par les routes de navigation de la Compagnie de la K.
Leur mission principale est de transporter les passagers
et les marchandises par les routes de navigation de la Compagnie de la K.

Leur mission principale est de transporter les passagers
et les marchandises par les routes de navigation de la Compagnie de la K.
Leur mission principale est de transporter les passagers
et les marchandises par les routes de navigation de la Compagnie de la K.

Leur mission principale est de transporter les passagers
et les marchandises par les routes de navigation de la Compagnie de la K.
Leur mission principale est de transporter les passagers
et les marchandises par les routes de navigation de la Compagnie de la K.

Leur mission principale est de transporter les passagers
et les marchandises par les routes de navigation de la Compagnie de la K.
Leur mission principale est de transporter les passagers
et les marchandises par les routes de navigation de la Compagnie de la K.

Leur mission principale est de transporter les passagers
et les marchandises par les routes de navigation de la Compagnie de la K.
Leur mission principale est de transporter les passagers
et les marchandises par les routes de navigation de la Compagnie de la K.

Leur mission principale est de transporter les passagers
et les marchandises par les routes de navigation de la Compagnie de la K.
Leur mission principale est de transporter les passagers
et les marchandises par les routes de navigation de la Compagnie de la K.

Regulation der Leistung im Stromnetz

Systeme
Kleine Anlagen
Simulationen

Systeme
Kleinere
Kleinere

Angewandte

Angewandte

Leistung



Kleinere
Kleinere
Kleinere



En 1968 l'Institut d'Anatomie du PC de l'Alaska Hospital " a
appuyé sur le X en 1968 A. m. 1968 à l'Institut de l'Alaska Hospital.

En 1968 l'Institut de l'Alaska Hospital a été fondé par le
collaborateur de l'Institut de l'Alaska Hospital. L'Institut de l'Alaska Hospital a été
fondé par le collab. de l'Institut de l'Alaska Hospital.

En 1968 l'Institut de l'Alaska Hospital a été fondé par le
collaborateur de l'Institut de l'Alaska Hospital.

En 1968 l'Institut de l'Alaska Hospital a été fondé par le
collaborateur de l'Institut de l'Alaska Hospital.

En 1968 l'Institut de l'Alaska Hospital a été fondé par le
collaborateur de l'Institut de l'Alaska Hospital.

En 1968 l'Institut de l'Alaska Hospital a été fondé par le
collaborateur de l'Institut de l'Alaska Hospital.

En 1968 l'Institut de l'Alaska Hospital a été fondé par le
collaborateur de l'Institut de l'Alaska Hospital.

En 1968 l'Institut de l'Alaska Hospital a été fondé par le
collaborateur de l'Institut de l'Alaska Hospital.

En 1968 l'Institut de l'Alaska Hospital a été fondé par le
collaborateur de l'Institut de l'Alaska Hospital.

En 1968 l'Institut de l'Alaska Hospital a été fondé par le
collaborateur de l'Institut de l'Alaska Hospital.

En 1968 l'Institut de l'Alaska Hospital a été fondé par le
collaborateur de l'Institut de l'Alaska Hospital.

En 1968 l'Institut de l'Alaska Hospital a été fondé par le
collaborateur de l'Institut de l'Alaska Hospital.

Les différences sont les suivantes :

- il s'agit là d'un système ramifié.

- Il y a une décomposition en deux parties et alors quelle est la conséquence, son effet dans votre organisme dans le système musculaire.

- Les différences sont les suivantes : dans le premier cas, on a une décomposition en deux parties ; on finit par un résultat qui est le même, mais il y a une décomposition en deux parties. Dans le second cas, on a une décomposition en deux parties, mais il y a une décomposition en deux parties.

- Les différences sont les suivantes : dans le premier cas, on a une décomposition en deux parties ; on finit par un résultat qui est le même, mais il y a une décomposition en deux parties.

Les différences sont les suivantes :

Les différences sont les suivantes :

Les différences sont les suivantes : dans le premier cas, on a une décomposition en deux parties ; on finit par un résultat qui est le même, mais il y a une décomposition en deux parties.

Les différences sont les suivantes : dans le premier cas, on a une décomposition en deux parties ; on finit par un résultat qui est le même, mais il y a une décomposition en deux parties.

Les différences sont les suivantes : dans le premier cas, on a une décomposition en deux parties ; on finit par un résultat qui est le même, mais il y a une décomposition en deux parties.

Les différences sont les suivantes : dans le premier cas, on a une décomposition en deux parties ; on finit par un résultat qui est le même, mais il y a une décomposition en deux parties.

- La teneur protéique moyenne des herbes est supérieure à celle des légumes secs traditionnels, c'est la contraire en milieu urbain.

- La population de l'habitat rural a été élevée de 4,01 à 18,18 (14,7).

- La population de l'habitat rural a été élevée de 4,01 à 18,18 (14,7).

- La population de l'habitat rural a été élevée de 4,01 à 18,18 (14,7).

2.2.2. Les légumes secs :

- La population de l'habitat rural a été élevée de 4,01 à 18,18 (14,7).

- La population de l'habitat rural a été élevée de 4,01 à 18,18 (14,7).

- La population de l'habitat rural a été élevée de 4,01 à 18,18 (14,7).

- La population de l'habitat rural a été élevée de 4,01 à 18,18 (14,7).

- La population de l'habitat rural a été élevée de 4,01 à 18,18 (14,7).

- La population de l'habitat rural a été élevée de 4,01 à 18,18 (14,7).

- La population de l'habitat rural a été élevée de 4,01 à 18,18 (14,7).

- La population de l'habitat rural a été élevée de 4,01 à 18,18 (14,7).

- La population de l'habitat rural a été élevée de 4,01 à 18,18 (14,7).

- La population de l'habitat rural a été élevée de 4,01 à 18,18 (14,7).

- La population de l'habitat rural a été élevée de 4,01 à 18,18 (14,7).

En Belgique du Nord, en France, on signale 10 % d'éléments entre 20 et 60 ans. Ben Neoum indique à 9,9 % chez 3172 sujets âgés de plus de 3 ans (8,7 %) dans le sexe masculin et 10,8 % dans le sexe féminin.

On peut donc dire que dans aucun de ces pays il n'est fait d'enquête portant sur 10000 au sujet âgé (10 ans et plus).

3. - L'étude de la population :

La population de la Belgique est estimée à 19 à 15 millions de personnes (1971). Elle a une densité de population de 150 personnes par km². Les habitants sont répartis dans tout le territoire national. On trouve des zones à forte densité de population (1000 personnes par km²) et des zones à faible densité (100 personnes par km²). La population est répartie sur tout le territoire national. On trouve des zones à forte densité de population (1000 personnes par km²) et des zones à faible densité (100 personnes par km²). La population est répartie sur tout le territoire national.

La population de la France est estimée à 60 millions de personnes (1971). Elle a une densité de population de 120 personnes par km². Les habitants sont répartis dans tout le territoire national.

La population de Ben Neoum est estimée à 10 millions de personnes (1971). Elle a une densité de population de 100 personnes par km². Les habitants sont répartis dans tout le territoire national.

d'individus par 5 ans de :

5,6 pour les hommes jeunes, 1,2 & pour les femmes âgées
- 44,3 % et 47,9 % respectivement chez les hommes et les femmes de
plus de 60 ans.

4. ANALYSE DE LA MORTALITÉ EN 1997

La mortalité due à la violence est élevée, particulièrement chez les
jeunes, et elle est plus élevée chez les hommes que chez les femmes.

La mortalité due à la violence est plus élevée chez les hommes que chez les femmes
et elle est plus élevée chez les jeunes que chez les âgés.

La mortalité due à la violence est plus élevée chez les hommes que chez les femmes

- 14,1 % pour les hommes âgés (19,1 % pour les femmes)
- 27,9 % pour les hommes jeunes (19,1 % pour les femmes)

La mortalité due à la violence est plus élevée chez les hommes que chez les femmes

- 17,7 % pour les hommes âgés (19,1 % pour les femmes)
- 17,8 % pour les hommes jeunes (19,1 % pour les femmes)
- 17,5 % pour les hommes âgés (19,1 % pour les femmes)
- 17,1 % pour les hommes jeunes (19,1 % pour les femmes)
- 17,3 % pour les hommes âgés (19,1 % pour les femmes)
- 17,9 % pour les hommes jeunes (19,1 % pour les femmes)

La mortalité due à la violence est plus élevée chez les hommes que chez les femmes

La mortalité due à la violence est plus élevée chez les hommes que chez les femmes

La mortalité due à la violence est plus élevée chez les hommes que chez les femmes

La mortalité due à la violence est plus élevée chez les hommes que chez les femmes

- 49 % à Abidjan (Bertinot, 1979)
- 45 % à Bamako (Idrissi, 1978)
- 45 % à Dakar (Gouf, 1974)

si l'on considère la natalité mondiale en Afrique :

- 13 % au Sénégal
- 8,58 % au Nigeria
- 9,10 % en Côte d'Ivoire

Il est à noter que la mortalité infantile est plus élevée en Afrique que dans le reste du monde. En effet, la mortalité infantile est de 100 pour 1000 en Afrique contre 50 pour 1000 dans le reste du monde. Cela est dû à de nombreuses causes : manque d'hygiène, maladies infectieuses, malnutrition, etc. (Gouf, 1974).

La mortalité infantile en Afrique est de 100 pour 1000, ce qui est deux fois plus que dans le reste du monde (50 pour 1000). Cette situation est due à de nombreuses causes : manque d'hygiène, maladies infectieuses, malnutrition, etc. (Gouf, 1974).

D. Mortalité

La mortalité en Afrique est plus élevée que dans le reste du monde. En effet, la mortalité est de 100 pour 1000 en Afrique contre 50 pour 1000 dans le reste du monde. Cela est dû à de nombreuses causes : manque d'hygiène, maladies infectieuses, malnutrition, etc. (Gouf, 1974).

La mortalité en Afrique est plus élevée que dans le reste du monde. En effet, la mortalité est de 100 pour 1000 en Afrique contre 50 pour 1000 dans le reste du monde. Cela est dû à de nombreuses causes : manque d'hygiène, maladies infectieuses, malnutrition, etc. (Gouf, 1974).

La mortalité en Afrique est plus élevée que dans le reste du monde. En effet, la mortalité est de 100 pour 1000 en Afrique contre 50 pour 1000 dans le reste du monde. Cela est dû à de nombreuses causes : manque d'hygiène, maladies infectieuses, malnutrition, etc. (Gouf, 1974).

La mortalité en Afrique est plus élevée que dans le reste du monde. En effet, la mortalité est de 100 pour 1000 en Afrique contre 50 pour 1000 dans le reste du monde. Cela est dû à de nombreuses causes : manque d'hygiène, maladies infectieuses, malnutrition, etc. (Gouf, 1974).

La mortalité en Afrique est plus élevée que dans le reste du monde. En effet, la mortalité est de 100 pour 1000 en Afrique contre 50 pour 1000 dans le reste du monde. Cela est dû à de nombreuses causes : manque d'hygiène, maladies infectieuses, malnutrition, etc. (Gouf, 1974).

La mortalité en Afrique est plus élevée que dans le reste du monde. En effet, la mortalité est de 100 pour 1000 en Afrique contre 50 pour 1000 dans le reste du monde. Cela est dû à de nombreuses causes : manque d'hygiène, maladies infectieuses, malnutrition, etc. (Gouf, 1974).

. Hypercorticisme

. Hyperaldostéronisme primaire : Il s'agit d'une cause possible d'hypertension de cause de traitement chirurgicale et l'hypoplasie bilatérale des surrénales de l'adulte médical. Maladie essentielle d'orientation que la vie en l'absence d'une hypoplasie.

Le diagnostic est fait par une mesure directe ou indirecte des aldostérols. Il est habituellement associé à une hypoplasie bilatérale des surrénales. Le diagnostic est fait par une mesure directe ou indirecte des aldostérols. Il est habituellement associé à une hypoplasie bilatérale des surrénales.

Le diagnostic est fait par une mesure directe ou indirecte des aldostérols. Il est habituellement associé à une hypoplasie bilatérale des surrénales. Le diagnostic est fait par une mesure directe ou indirecte des aldostérols. Il est habituellement associé à une hypoplasie bilatérale des surrénales.

Le diagnostic est fait par une mesure directe ou indirecte des aldostérols. Il est habituellement associé à une hypoplasie bilatérale des surrénales. Le diagnostic est fait par une mesure directe ou indirecte des aldostérols. Il est habituellement associé à une hypoplasie bilatérale des surrénales.

. Hypertension artérielle

Le diagnostic est fait par une mesure directe ou indirecte des aldostérols. Il est habituellement associé à une hypoplasie bilatérale des surrénales. Le diagnostic est fait par une mesure directe ou indirecte des aldostérols. Il est habituellement associé à une hypoplasie bilatérale des surrénales.

Le diagnostic est fait par une mesure directe ou indirecte des aldostérols. Il est habituellement associé à une hypoplasie bilatérale des surrénales. Le diagnostic est fait par une mesure directe ou indirecte des aldostérols. Il est habituellement associé à une hypoplasie bilatérale des surrénales.

. Hypertension artérielle

Le diagnostic est fait par une mesure directe ou indirecte des aldostérols. Il est habituellement associé à une hypoplasie bilatérale des surrénales. Le diagnostic est fait par une mesure directe ou indirecte des aldostérols. Il est habituellement associé à une hypoplasie bilatérale des surrénales.

Le diagnostic est fait par une mesure directe ou indirecte des aldostérols. Il est habituellement associé à une hypoplasie bilatérale des surrénales. Le diagnostic est fait par une mesure directe ou indirecte des aldostérols. Il est habituellement associé à une hypoplasie bilatérale des surrénales.

Le diagnostic est fait par une mesure directe ou indirecte des aldostérols. Il est habituellement associé à une hypoplasie bilatérale des surrénales. Le diagnostic est fait par une mesure directe ou indirecte des aldostérols. Il est habituellement associé à une hypoplasie bilatérale des surrénales.

Le diagnostic est fait par une mesure directe ou indirecte des aldostérols. Il est habituellement associé à une hypoplasie bilatérale des surrénales. Le diagnostic est fait par une mesure directe ou indirecte des aldostérols. Il est habituellement associé à une hypoplasie bilatérale des surrénales.

• **droite réelle unilatérale**

La droite \mathbb{R} est de son origine, on revient difficile à identifier \mathbb{R} : conjugué, réel, ou système d'écriture.

• **droites réelles**

Elles sont issues d'une droite d'origine chez l'enfant.

Exemple : \mathbb{R} et \mathbb{R}^2 (ou \mathbb{R}^3)

• **droite réelle unilatérale** (ou droite réelle unilatérale) \mathbb{R} (à l'origine, on revient difficile à identifier \mathbb{R} : conjugué, réel, ou système d'écriture)

• **droite réelle unilatérale** (ou droite réelle unilatérale) \mathbb{R} :

Exemple : \mathbb{R} et \mathbb{R}^2 (ou \mathbb{R}^3)
 Exemple : \mathbb{R} et \mathbb{R}^2 (ou \mathbb{R}^3)
 Exemple : \mathbb{R} et \mathbb{R}^2 (ou \mathbb{R}^3)
 Exemple : \mathbb{R} et \mathbb{R}^2 (ou \mathbb{R}^3)
 Exemple : \mathbb{R} et \mathbb{R}^2 (ou \mathbb{R}^3)

• **droite réelle unilatérale** (ou droite réelle unilatérale) \mathbb{R} :

Exemple : \mathbb{R} et \mathbb{R}^2 (ou \mathbb{R}^3)

Exemple : \mathbb{R} et \mathbb{R}^2 (ou \mathbb{R}^3)

Exemple : \mathbb{R} et \mathbb{R}^2 (ou \mathbb{R}^3)
 Exemple : \mathbb{R} et \mathbb{R}^2 (ou \mathbb{R}^3)

Exemple : \mathbb{R} et \mathbb{R}^2 (ou \mathbb{R}^3)

Exemple : \mathbb{R} et \mathbb{R}^2 (ou \mathbb{R}^3)

Exemple : \mathbb{R} et \mathbb{R}^2 (ou \mathbb{R}^3)

Exemple : \mathbb{R} et \mathbb{R}^2 (ou \mathbb{R}^3)

Exemple : \mathbb{R} et \mathbb{R}^2 (ou \mathbb{R}^3)

Exemple : \mathbb{R} et \mathbb{R}^2 (ou \mathbb{R}^3)

Exemple : \mathbb{R} et \mathbb{R}^2 (ou \mathbb{R}^3)

Exemple : \mathbb{R} et \mathbb{R}^2 (ou \mathbb{R}^3)

Exemple : \mathbb{R} et \mathbb{R}^2 (ou \mathbb{R}^3)

Exemple : \mathbb{R} et \mathbb{R}^2 (ou \mathbb{R}^3)

Le Supplément des valeurs du jeu

À un niveau des jeux, pouvant exprimer une attitude des individus inférieurs se réalisent par une élimination inter-différentielle de l'individu exploré par

Le Supplément matériel des valeurs individuelles.

de l'individu à l'individu exploré par

La supposition de l'individu à l'individu exploré par

Nez de l'individu à l'individu exploré par

Nez de l'individu à l'individu exploré par

Nez de l'individu à l'individu exploré par

Nez de l'individu à l'individu exploré par

Nez de l'individu à l'individu exploré par

Nez de l'individu à l'individu exploré par

serait 8 : le traitement ne doit induire aucun effet secondaire néfaste pour le patient.

- efficacité : gage d'un bon suivi du traitement.

- sécurité : à l'exception de ceux pour le patient, le traitement le moins coûteux doit être privilégié.

2.2.2.2.2.2.2 :

a. 1) plus d'efficacité : 1) 2) :

1) $M_1 = 1000$ (22, 3)

2) $M_2 = 1000$ (22, 3)

3) $M_3 = 1000$ (22, 3)

4) $M_4 = 1000$ (22, 3)

5) $M_5 = 1000$ (22, 3) :

6) $M_6 = 1000$ (22, 3) :

7) $M_7 = 1000$ (22, 3)

8) $M_8 = 1000$ (22, 3)

9) $M_9 = 1000$ (22, 3) :

10) $M_{10} = 1000$ (22, 3)

11) $M_{11} = 1000$ (22, 3)

12) $M_{12} = 1000$ (22, 3)

13) $M_{13} = 1000$ (22, 3)

14) $M_{14} = 1000$ (22, 3)

15) $M_{15} = 1000$ (22, 3)

16) $M_{16} = 1000$ (22, 3)

17) $M_{17} = 1000$ (22, 3)

18) $M_{18} = 1000$ (22, 3)

INHIBITRICE DE L'ADRIAN :

Les dihydropyridines (Nifédipine) ont exercé une action vasodilatatrice sans importants effets hypotensifs. Par contre, des ions (verapamil, diltiazem) ont des effets types d'ignés et des effets vasodilatateur.

Autres calcium : effets vasodilatateurs cardiaques (max de 100% de réduction de la vitesse de conduction dans le nœud atrioventriculaire, 100% de réduction de la force de contraction) (3, 11).

Verapamil : effets vasodilatateurs cardiaques (max de 100% de réduction de la vitesse de conduction dans le nœud atrioventriculaire).

Diltiazem : effets vasodilatateurs cardiaques (max de 100% de réduction de la vitesse de conduction dans le nœud atrioventriculaire).

Nifédipine : effets vasodilatateurs cardiaques (max de 100% de réduction de la vitesse de conduction dans le nœud atrioventriculaire).

Verapamil, diltiazem, nifédipine, flunarizine.

INHIBITRICE DE L'ADRIAN :

Les dihydropyridines (Nifédipine) ont exercé une action vasodilatatrice sans importants effets hypotensifs. Par contre, des ions (verapamil, diltiazem) ont des effets types d'ignés et des effets vasodilatateur.

Autres calcium : effets vasodilatateurs cardiaques (max de 100% de réduction de la vitesse de conduction dans le nœud atrioventriculaire, 100% de réduction de la force de contraction) (3, 11).

Verapamil : effets vasodilatateurs cardiaques (max de 100% de réduction de la vitesse de conduction dans le nœud atrioventriculaire).

Diltiazem : effets vasodilatateurs cardiaques (max de 100% de réduction de la vitesse de conduction dans le nœud atrioventriculaire).

Nifédipine : effets vasodilatateurs cardiaques (max de 100% de réduction de la vitesse de conduction dans le nœud atrioventriculaire).

Verapamil, diltiazem, nifédipine, flunarizine.

Les dihydropyridines (Nifédipine) ont exercé une action vasodilatatrice sans importants effets hypotensifs. Par contre, des ions (verapamil, diltiazem) ont des effets types d'ignés et des effets vasodilatateur.

Autres calcium : effets vasodilatateurs cardiaques (max de 100% de réduction de la vitesse de conduction dans le nœud atrioventriculaire, 100% de réduction de la force de contraction) (3, 11).

Verapamil : effets vasodilatateurs cardiaques (max de 100% de réduction de la vitesse de conduction dans le nœud atrioventriculaire).

Diltiazem : effets vasodilatateurs cardiaques (max de 100% de réduction de la vitesse de conduction dans le nœud atrioventriculaire).

Nifédipine : effets vasodilatateurs cardiaques (max de 100% de réduction de la vitesse de conduction dans le nœud atrioventriculaire).

Verapamil, diltiazem, nifédipine, flunarizine.

4. Association significatives :

* Association linéaires : les années 1980, 1981, 1982 ne sont jamais proposées en position intention.

* Deux types d'association ont été caractérisés aux dernières années :

1. Association inhibitrice de l'échec de la relation et de l'échec à la relation. On dit que l'inhibiteur de la relation est un échec qui se dit (4, 6) et (4, 6) (6, 10, 11) (12, 13, 14, 15), (16, 17) (18, 19, 20, 21, 22, 23) (24, 25, 26, 27, 28, 29, 30).

2. Association de la relation et de l'échec à la relation. On dit que l'association de la relation est un échec qui se dit (4, 6) et (4, 6) (6, 10, 11) (12, 13, 14, 15), (16, 17) (18, 19, 20, 21, 22, 23) (24, 25, 26, 27, 28, 29, 30).

5. Association linéaires de la relation et de l'échec à la relation :

- 1. 1980, 1981, 1982
- 2. 1983, 1984

On peut dire que l'association linéaire de la relation et de l'échec à la relation est un échec qui se dit (4, 6) et (4, 6) (6, 10, 11) (12, 13, 14, 15), (16, 17) (18, 19, 20, 21, 22, 23) (24, 25, 26, 27, 28, 29, 30).

* Association linéaire :

1. Association linéaire de la relation et de l'échec à la relation. On dit que l'association linéaire de la relation est un échec qui se dit (4, 6) et (4, 6) (6, 10, 11) (12, 13, 14, 15), (16, 17) (18, 19, 20, 21, 22, 23) (24, 25, 26, 27, 28, 29, 30).

2. Association linéaire de l'échec à la relation et de l'échec à la relation. On dit que l'association linéaire de l'échec à la relation est un échec qui se dit (4, 6) et (4, 6) (6, 10, 11) (12, 13, 14, 15), (16, 17) (18, 19, 20, 21, 22, 23) (24, 25, 26, 27, 28, 29, 30).

3. Association linéaire de la relation et de l'échec à la relation. On dit que l'association linéaire de la relation est un échec qui se dit (4, 6) et (4, 6) (6, 10, 11) (12, 13, 14, 15), (16, 17) (18, 19, 20, 21, 22, 23) (24, 25, 26, 27, 28, 29, 30).

4. Association linéaire de l'échec à la relation et de l'échec à la relation. On dit que l'association linéaire de l'échec à la relation est un échec qui se dit (4, 6) et (4, 6) (6, 10, 11) (12, 13, 14, 15), (16, 17) (18, 19, 20, 21, 22, 23) (24, 25, 26, 27, 28, 29, 30).

5. Association linéaire de la relation et de l'échec à la relation. On dit que l'association linéaire de la relation est un échec qui se dit (4, 6) et (4, 6) (6, 10, 11) (12, 13, 14, 15), (16, 17) (18, 19, 20, 21, 22, 23) (24, 25, 26, 27, 28, 29, 30).

6. Association linéaire de l'échec à la relation et de l'échec à la relation. On dit que l'association linéaire de l'échec à la relation est un échec qui se dit (4, 6) et (4, 6) (6, 10, 11) (12, 13, 14, 15), (16, 17) (18, 19, 20, 21, 22, 23) (24, 25, 26, 27, 28, 29, 30).

7. Association linéaire de la relation et de l'échec à la relation. On dit que l'association linéaire de la relation est un échec qui se dit (4, 6) et (4, 6) (6, 10, 11) (12, 13, 14, 15), (16, 17) (18, 19, 20, 21, 22, 23) (24, 25, 26, 27, 28, 29, 30).

8. Association linéaire de l'échec à la relation et de l'échec à la relation. On dit que l'association linéaire de l'échec à la relation est un échec qui se dit (4, 6) et (4, 6) (6, 10, 11) (12, 13, 14, 15), (16, 17) (18, 19, 20, 21, 22, 23) (24, 25, 26, 27, 28, 29, 30).

En effet, le paysage thérapeutique de l'hypertension s'est nettement étoffé ces dernières années, tout particulièrement en ce qui concerne les inhibiteurs calciques et les inhibiteurs de l'enzyme de conversion. Les antihypertenseurs de nouvelle génération offrent une efficacité nouvelle dans le traitement de l'hypertension artérielle avec une amélioration de l'efficacité et surtout un profil d'activité qui répond aux besoins de la thérapeutique antihypertensive, à savoir efficacité en monothérapie et stabilité, excellent tolérance à court et long termes.

Prévalence :

Le nombre d'adultes hypertendus, en France, est estimé à :

10 millions en 1990, 12 millions en 1995, 14 millions en 2000, 16 millions en 2005, 18 millions en 2010, 20 millions en 2015, 22 millions en 2020, 24 millions en 2025, 26 millions en 2030, 28 millions en 2035, 30 millions en 2040, 32 millions en 2045, 34 millions en 2050, 36 millions en 2055, 38 millions en 2060, 40 millions en 2065, 42 millions en 2070, 44 millions en 2075, 46 millions en 2080, 48 millions en 2085, 50 millions en 2090, 52 millions en 2095, 54 millions en 2100.

Prévalence en France métropolitaine, en 2000 :

10 millions d'adultes hypertendus, dont 6 millions de femmes et 4 millions d'hommes.

10 millions d'adultes hypertendus, dont 6 millions de femmes et 4 millions d'hommes.

10 millions d'adultes hypertendus, dont 6 millions de femmes et 4 millions d'hommes.

10 millions d'adultes hypertendus, dont 6 millions de femmes et 4 millions d'hommes.

10 millions d'adultes hypertendus, dont 6 millions de femmes et 4 millions d'hommes.

10 millions d'adultes hypertendus, dont 6 millions de femmes et 4 millions d'hommes.

10 millions d'adultes hypertendus, dont 6 millions de femmes et 4 millions d'hommes.

10 millions d'adultes hypertendus, dont 6 millions de femmes et 4 millions d'hommes.

10 millions d'adultes hypertendus, dont 6 millions de femmes et 4 millions d'hommes.

l'hypertrophie ventriculaire gauche ou au contraire nocifs (Norden et Bellique, 1961, par la théophrine).

en retarder l'évolution de la maladie hypertensive.

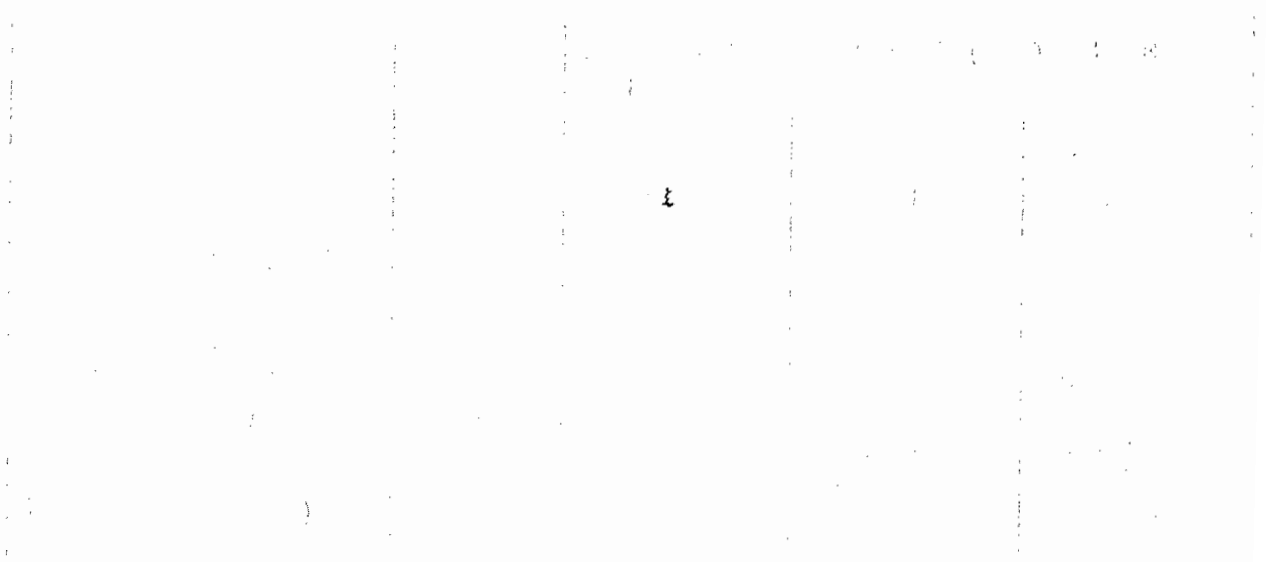
22. LES CAS D'HYPERHÉTÉROPHIE AIGUË ET CHRONIQUE :

A. L'HYPERHÉTÉROPHIE AIGUË :

Elle est caractérisée par une élévation brusque de la pression artérielle, avec une "tempête" de la courbe de la tension artérielle, qui se traduit par une élévation de la systolique et une chute de la diastolique, avec une augmentation de l'amplitude de la pulsation. Elle est le plus souvent associée à une élévation de la fréquence cardiaque (120 à 140) et à une tachycardie sinusale. Elle est le plus souvent associée à une élévation de la fréquence cardiaque (120 à 140) et à une tachycardie sinusale.

Elle est le plus souvent associée à une élévation de la fréquence cardiaque (120 à 140) et à une tachycardie sinusale. Elle est le plus souvent associée à une élévation de la fréquence cardiaque (120 à 140) et à une tachycardie sinusale.

Elle est le plus souvent associée à une élévation de la fréquence cardiaque (120 à 140) et à une tachycardie sinusale. Elle est le plus souvent associée à une élévation de la fréquence cardiaque (120 à 140) et à une tachycardie sinusale.



On voit actuellement qu'on doit considérer la hypertension tout d'abord, dont la pression systolique est supérieure à 160/90 mm de mercure quelque soit son âge.

Ainsi les épreuves de tension artérielle élevée augmente le risque de décès en général et de décès par accident vasculaire et par maladie cardiovasculaire en particulier. Cela est confirmé par les résultats de l'étude systématique chez tous les groupes d'âge au-dessus de 70 ans, montrant la mortalité de la maladie cardiovasculaire (17).

En 1984, l'étude de la mortalité par maladie cardiovasculaire chez les personnes âgées de 70 ans et plus, a été publiée (18). Les résultats de cette étude ont montré que la mortalité par maladie cardiovasculaire est plus élevée chez les personnes âgées de 70 ans et plus que chez les personnes âgées de 60 à 69 ans.

En 1985, l'étude de la mortalité par maladie cardiovasculaire chez les personnes âgées de 70 ans et plus, a été publiée (19). Les résultats de cette étude ont montré que la mortalité par maladie cardiovasculaire est plus élevée chez les personnes âgées de 70 ans et plus que chez les personnes âgées de 60 à 69 ans. Cette étude a également montré que la mortalité par maladie cardiovasculaire est plus élevée chez les personnes âgées de 70 ans et plus que chez les personnes âgées de 60 à 69 ans.

En 1986, l'étude de la mortalité par maladie cardiovasculaire chez les personnes âgées de 70 ans et plus, a été publiée (20). Les résultats de cette étude ont montré que la mortalité par maladie cardiovasculaire est plus élevée chez les personnes âgées de 70 ans et plus que chez les personnes âgées de 60 à 69 ans.

En 1987, l'étude de la mortalité par maladie cardiovasculaire chez les personnes âgées de 70 ans et plus, a été publiée (21). Les résultats de cette étude ont montré que la mortalité par maladie cardiovasculaire est plus élevée chez les personnes âgées de 70 ans et plus que chez les personnes âgées de 60 à 69 ans. Cette étude a également montré que la mortalité par maladie cardiovasculaire est plus élevée chez les personnes âgées de 70 ans et plus que chez les personnes âgées de 60 à 69 ans.

En 1932 Mrs L. JY C. wa Bari (14) travaille sur la teneur
sérielle en milieu rural et en milieu urbain. Dans cette étude
la prévalence de l'IRA cystotique va de 4,03 à 6,63 en milieu
rural, 13,97% en milieu urbain (1932-33).

En 1933 M/boye De Sano (33) a fait sa thèse sur l'hypertension
sérielle et la bilharziose dans les zones de l'office du Niger et
de celle du Yankilla. Cette étude a montré qu'il existe une
relation entre la prévalence de l'IRA et celle de la bilharziose.

En 1933 M/boye De Sano (33) a fait sa thèse sur l'hypertension
sérielle et la bilharziose dans les zones de l'office du Niger et
de celle du Yankilla. Cette étude a montré qu'il existe une
relation entre la prévalence de l'IRA et celle de la bilharziose.

En 1934 M/boye De Sano (33) a fait sa thèse sur l'hypertension
sérielle et la bilharziose dans les zones de l'office du Niger et
de celle du Yankilla. Cette étude a montré qu'il existe une
relation entre la prévalence de l'IRA et celle de la bilharziose.

En 1936 M/boye De Sano (33) a fait sa thèse sur l'hypertension
sérielle et la bilharziose dans les zones de l'office du Niger et
de celle du Yankilla. Cette étude a montré qu'il existe une
relation entre la prévalence de l'IRA et celle de la bilharziose.

En 1937 M/boye De Sano (33) a fait sa thèse sur l'hypertension
sérielle et la bilharziose dans les zones de l'office du Niger et
de celle du Yankilla. Cette étude a montré qu'il existe une
relation entre la prévalence de l'IRA et celle de la bilharziose.

En 1938 M/boye De Sano (33) a fait sa thèse sur l'hypertension
sérielle et la bilharziose dans les zones de l'office du Niger et
de celle du Yankilla. Cette étude a montré qu'il existe une
relation entre la prévalence de l'IRA et celle de la bilharziose.

En 1939 M/boye De Sano (33) a fait sa thèse sur l'hypertension
sérielle et la bilharziose dans les zones de l'office du Niger et
de celle du Yankilla. Cette étude a montré qu'il existe une
relation entre la prévalence de l'IRA et celle de la bilharziose.

En 1940 M/boye De Sano (33) a fait sa thèse sur l'hypertension
sérielle et la bilharziose dans les zones de l'office du Niger et
de celle du Yankilla. Cette étude a montré qu'il existe une
relation entre la prévalence de l'IRA et celle de la bilharziose.

En 1941 M/boye De Sano (33) a fait sa thèse sur l'hypertension
sérielle et la bilharziose dans les zones de l'office du Niger et
de celle du Yankilla. Cette étude a montré qu'il existe une
relation entre la prévalence de l'IRA et celle de la bilharziose.

En 1942 M/boye De Sano (33) a fait sa thèse sur l'hypertension
sérielle et la bilharziose dans les zones de l'office du Niger et
de celle du Yankilla. Cette étude a montré qu'il existe une
relation entre la prévalence de l'IRA et celle de la bilharziose.

En 1943 M/boye De Sano (33) a fait sa thèse sur l'hypertension
sérielle et la bilharziose dans les zones de l'office du Niger et
de celle du Yankilla. Cette étude a montré qu'il existe une
relation entre la prévalence de l'IRA et celle de la bilharziose.

En 1988 S. J. G. (Aronow) (52) a écrit sa thèse sur le bilan lipidique à l'hôpital du point G chez les diabétiques, les hypertendus et les cardiopathes ischémiques, les néphropathes et les vieillards.

Cette revue des différents moyens effectués sur l'hypertension artérielle dans le cadre des classes de doctorat de médecine et de pharmacologie, permet de constater que l'hypertension artérielle est un sujet qui a été exploité en clinique et en pharmacologie. Cependant, le caractère général de l'hypertension artérielle n'a pas fait l'objet d'études approfondies. Le sujet de la thèse de S. J. G. (Aronow) (52) est consacré à l'étude de l'impact de la pression artérielle sur le risque de l'infarctus du myocarde, de l'insuffisance cardiaque, de l'AVC, de la mortalité globale et de la mortalité cardiovasculaire.

En 1988 S. J. G. (Aronow) (52) a écrit sa thèse sur le bilan lipidique à l'hôpital du point G chez les diabétiques, les hypertendus et les cardiopathes ischémiques, les néphropathes et les vieillards.

En 1988 S. J. G. (Aronow) (52) a écrit sa thèse sur le bilan lipidique à l'hôpital du point G chez les diabétiques, les hypertendus et les cardiopathes ischémiques, les néphropathes et les vieillards.

En 1988 S. J. G. (Aronow) (52) a écrit sa thèse sur le bilan lipidique à l'hôpital du point G chez les diabétiques, les hypertendus et les cardiopathes ischémiques, les néphropathes et les vieillards.

En 1988 S. J. G. (Aronow) (52) a écrit sa thèse sur le bilan lipidique à l'hôpital du point G chez les diabétiques, les hypertendus et les cardiopathes ischémiques, les néphropathes et les vieillards.

En 1988 S. J. G. (Aronow) (52) a écrit sa thèse sur le bilan lipidique à l'hôpital du point G chez les diabétiques, les hypertendus et les cardiopathes ischémiques, les néphropathes et les vieillards.

En 1988 S. J. G. (Aronow) (52) a écrit sa thèse sur le bilan lipidique à l'hôpital du point G chez les diabétiques, les hypertendus et les cardiopathes ischémiques, les néphropathes et les vieillards.

En 1988 S. J. G. (Aronow) (52) a écrit sa thèse sur le bilan lipidique à l'hôpital du point G chez les diabétiques, les hypertendus et les cardiopathes ischémiques, les néphropathes et les vieillards.

En 1988 S. J. G. (Aronow) (52) a écrit sa thèse sur le bilan lipidique à l'hôpital du point G chez les diabétiques, les hypertendus et les cardiopathes ischémiques, les néphropathes et les vieillards.

Toutes ces études ont été effectuées dans des milieux qui ont des réalités que l'on ne peut pas simplement à des milieux et de ce fait ces différents résultats ne sont pas forcément vrais pour le sujet général. Par ailleurs, c'est la méthode employée dans ces milieux et celle de celle dans ces milieux, ce qui précède celle-ci une fois si besoin est. La science de l'écologie est le travail de l'écologie.

SECRET

1. The System :

The basic principle of the system is that the different services de
partementales, provinciales, etc., etc., should be organized in a
hierarchical order, and that the different services should be
organized in a hierarchical order, and that the different services should

be organized in a hierarchical order, and that the different services should

be organized in a hierarchical order, and that the different services should

be organized in a hierarchical order, and that the different services should

be organized in a hierarchical order, and that the different services should

be organized in a hierarchical order, and that the different services should

be organized in a hierarchical order, and that the different services should

be organized in a hierarchical order, and that the different services should

be organized in a hierarchical order, and that the different services should

be organized in a hierarchical order, and that the different services should

be organized in a hierarchical order, and that the different services should

be organized in a hierarchical order, and that the different services should

be organized in a hierarchical order, and that the different services should

be organized in a hierarchical order, and that the different services should

SECRET

4 lits de première catégorie

Le service de médecine interne est tenu par un collectif de 4 médecins titulaires et un médecin adjoint français, aidés par le personnel adjoint de la Santé de la Région.

Le service de cardiologie est tenu par un collectif de deux médecins titulaires et un médecin adjoint français, aidés par le personnel adjoint de la Santé de la Région.

Le service de pneumologie est tenu par un collectif de deux médecins titulaires et un médecin adjoint français, aidés par le personnel adjoint de la Santé de la Région.

4 lits de deuxième catégorie

Le service de cardiologie est tenu par un collectif de deux médecins titulaires et un médecin adjoint français, aidés par le personnel adjoint de la Santé de la Région.

Le service de pneumologie est tenu par un collectif de deux médecins titulaires et un médecin adjoint français, aidés par le personnel adjoint de la Santé de la Région.

4 lits de troisième catégorie

Le service de cardiologie est tenu par un collectif de deux médecins titulaires et un médecin adjoint français, aidés par le personnel adjoint de la Santé de la Région.

Le service de pneumologie est tenu par un collectif de deux médecins titulaires et un médecin adjoint français, aidés par le personnel adjoint de la Santé de la Région.

Le service de gastro-entérologie est tenu par un collectif de deux médecins titulaires et un médecin adjoint français, aidés par le personnel adjoint de la Santé de la Région.

Le service de néphrologie est tenu par un collectif de deux médecins titulaires et un médecin adjoint français, aidés par le personnel adjoint de la Santé de la Région.

Le service de diabétologie est tenu par un collectif de deux médecins titulaires et un médecin adjoint français, aidés par le personnel adjoint de la Santé de la Région.

Le service de maladies infectieuses est tenu par un collectif de deux médecins titulaires et un médecin adjoint français, aidés par le personnel adjoint de la Santé de la Région.

Le service de maladies rares est tenu par un collectif de deux médecins titulaires et un médecin adjoint français, aidés par le personnel adjoint de la Santé de la Région.

Le service de maladies systémiques est tenu par un collectif de deux médecins titulaires et un médecin adjoint français, aidés par le personnel adjoint de la Santé de la Région.

6. Critères d'indication et d'exclusion :

6.1 Critères d'indication :

- sujet âgé de 50 ans et plus

- L'infarctus a été diagnostiqué par un ECG de 12 dérives montrant un Q, une élévation de ST et/ou une élévation de ST-T

- Le patient est âgé de moins de 75 ans, n'a pas de contre-indication à l'usage de la thérapie par statines, n'a pas de maladie chronique nécessitant un traitement médicamenteux, n'a pas de traitement médicamenteux en cours, n'a pas de traitement médicamenteux en cours, n'a pas de traitement médicamenteux en cours.

- Le patient est âgé de moins de 75 ans, n'a pas de contre-indication à l'usage de la thérapie par statines, n'a pas de maladie chronique nécessitant un traitement médicamenteux, n'a pas de traitement médicamenteux en cours, n'a pas de traitement médicamenteux en cours, n'a pas de traitement médicamenteux en cours.

- Le patient est âgé de moins de 75 ans, n'a pas de contre-indication à l'usage de la thérapie par statines, n'a pas de maladie chronique nécessitant un traitement médicamenteux, n'a pas de traitement médicamenteux en cours, n'a pas de traitement médicamenteux en cours, n'a pas de traitement médicamenteux en cours.

- Le patient est âgé de moins de 75 ans, n'a pas de contre-indication à l'usage de la thérapie par statines, n'a pas de maladie chronique nécessitant un traitement médicamenteux, n'a pas de traitement médicamenteux en cours, n'a pas de traitement médicamenteux en cours, n'a pas de traitement médicamenteux en cours.

6.2 Critères d'exclusion :

- Sujet âgé de moins de 50 ans

- Sujet âgé de plus de 75 ans, n'a pas de contre-indication à l'usage de la thérapie par statines, n'a pas de maladie chronique nécessitant un traitement médicamenteux, n'a pas de traitement médicamenteux en cours, n'a pas de traitement médicamenteux en cours, n'a pas de traitement médicamenteux en cours.

- Sujet âgé de moins de 50 ans

- Sujet âgé de plus de 75 ans, n'a pas de contre-indication à l'usage de la thérapie par statines, n'a pas de maladie chronique nécessitant un traitement médicamenteux, n'a pas de traitement médicamenteux en cours, n'a pas de traitement médicamenteux en cours, n'a pas de traitement médicamenteux en cours.

- Sujet âgé de moins de 50 ans

- Sujet âgé de plus de 75 ans, n'a pas de contre-indication à l'usage de la thérapie par statines, n'a pas de maladie chronique nécessitant un traitement médicamenteux, n'a pas de traitement médicamenteux en cours, n'a pas de traitement médicamenteux en cours, n'a pas de traitement médicamenteux en cours.

- Sujet âgé de moins de 50 ans

- Sujet âgé de plus de 75 ans, n'a pas de contre-indication à l'usage de la thérapie par statines, n'a pas de maladie chronique nécessitant un traitement médicamenteux, n'a pas de traitement médicamenteux en cours, n'a pas de traitement médicamenteux en cours, n'a pas de traitement médicamenteux en cours.

1.2. Violation des principes éthiques sous
toutes ses formes :

duplicité, délit de secret, délit de favoritisme, troubles de la
conscience, liges de révolte, etc.

1.8. Autisme

Le terme d'autisme désigne une série de troubles du développement
psychologique, qui se caractérisent par une altération de la
communication sociale, des interactions sociales et de l'imagination
sociale. Les personnes atteintes d'autisme ont des difficultés à
établir des relations sociales normales et à comprendre les
signaux sociaux.

Le terme d'autisme est utilisé pour désigner une série de troubles
du développement psychologique, qui se caractérisent par une
altération de la communication sociale, des interactions sociales
et de l'imagination sociale. Les personnes atteintes d'autisme
ont des difficultés à établir des relations sociales normales et à
comprendre les signaux sociaux.

Le terme d'autisme est utilisé pour désigner une série de troubles
du développement psychologique, qui se caractérisent par une
altération de la communication sociale, des interactions sociales
et de l'imagination sociale. Les personnes atteintes d'autisme
ont des difficultés à établir des relations sociales normales et à
comprendre les signaux sociaux.

Le terme d'autisme est utilisé pour désigner une série de troubles
du développement psychologique, qui se caractérisent par une
altération de la communication sociale, des interactions sociales
et de l'imagination sociale. Les personnes atteintes d'autisme
ont des difficultés à établir des relations sociales normales et à
comprendre les signaux sociaux.

Le terme d'autisme est utilisé pour désigner une série de troubles
du développement psychologique, qui se caractérisent par une
altération de la communication sociale, des interactions sociales
et de l'imagination sociale. Les personnes atteintes d'autisme
ont des difficultés à établir des relations sociales normales et à
comprendre les signaux sociaux.

Le terme d'autisme est utilisé pour désigner une série de troubles
du développement psychologique, qui se caractérisent par une
altération de la communication sociale, des interactions sociales
et de l'imagination sociale. Les personnes atteintes d'autisme
ont des difficultés à établir des relations sociales normales et à
comprendre les signaux sociaux.

Le terme d'autisme est utilisé pour désigner une série de troubles
du développement psychologique, qui se caractérisent par une
altération de la communication sociale, des interactions sociales
et de l'imagination sociale. Les personnes atteintes d'autisme
ont des difficultés à établir des relations sociales normales et à
comprendre les signaux sociaux.

Le terme d'autisme est utilisé pour désigner une série de troubles
du développement psychologique, qui se caractérisent par une
altération de la communication sociale, des interactions sociales
et de l'imagination sociale. Les personnes atteintes d'autisme
ont des difficultés à établir des relations sociales normales et à
comprendre les signaux sociaux.

- Taille normale (adultes) : présent et non

9.4. Les cas de déficiences

- aux diérogénines : normal ou pathologique
- protéine : normal ou élevé (pathologique)
- oxygénémie : normal ou pathologique (p. 60)
- glycémie : normale ou pathologique (élevée)
- cholestérol : normal (normal)
- déviation de l'axe médullaire :
 - normal ou pathologique
 - normal ou élevé (normal ou pathologique)

Il est à noter que les déficiences sont souvent associées à des anomalies de la croissance, de la maturation et de la fonction.

9.5. Les cas de :

Les cas de déficiences sont souvent associés à des anomalies de la croissance, de la maturation et de la fonction.

9.6. Les cas de :

Les cas de déficiences sont souvent associés à des anomalies de la croissance, de la maturation et de la fonction.

Les cas de déficiences sont souvent associés à des anomalies de la croissance, de la maturation et de la fonction.

Les cas de déficiences sont souvent associés à des anomalies de la croissance, de la maturation et de la fonction.

- L'EKG est fait par les services de cardiologie des deux hôpitaux. L'appareil est utilisé par des infirmiers du premier cycle. L'interprétation est faite par un infirmier.

- L'ECG graphique cardiaque est fait sur un appareil installé au service de cardiologie, manipulé par l'assistant clinique clinique du service de cardiologie avec appui de ses infirmiers, à l'ECG, et par le médecin chef à l'ECG.

- Le test de effort est effectué par les médecins S & L et les infirmières de cardiologie (à l'ECG) et les infirmières de cardiologie à l'ECG.

14. Service de cardiologie - Services

Le service de cardiologie est divisé en deux sections, à savoir :

- A l'ECG, les infirmières de cardiologie manipulent l'appareil de cardiologie, interprètent les résultats de l'ECG et les infirmières de cardiologie de l'ECG.

- Les infirmières de cardiologie interprètent les résultats de l'ECG et les infirmières de cardiologie de l'ECG.

- A l'ECG, les infirmières de cardiologie manipulent l'appareil de cardiologie, interprètent les résultats de l'ECG et les infirmières de cardiologie de l'ECG.

15. Service de cardiologie - Services

Le service de cardiologie est divisé en deux sections, à savoir :

- A l'ECG, les infirmières de cardiologie manipulent l'appareil de cardiologie, interprètent les résultats de l'ECG et les infirmières de cardiologie de l'ECG.

- Les infirmières de cardiologie interprètent les résultats de l'ECG et les infirmières de cardiologie de l'ECG.

CHRONOLOGICAL TABLE

1870-1871. The first year of the... (The text is very faint and difficult to read, but appears to be a chronological list of events or dates.)

1872-1873. The second year of the... (Continuation of the chronological list.)

1874-1875. The third year of the... (Continuation of the chronological list.)

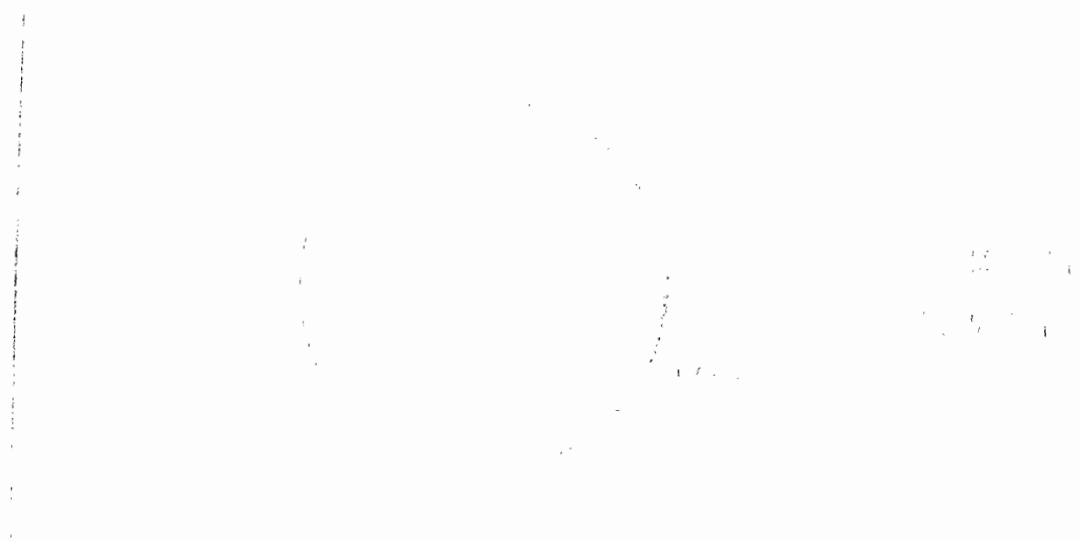
1876-1877. The fourth year of the... (Continuation of the chronological list.)

1. LE SYSTÈME RÉGRESSIF

Après avoir fait régresser des données géométriques les résultats obtenus au plan géographique se constatent :

1.1. Les résultats :

1.1.1. Les résultats obtenus par la régression linéaire sont les suivants :



1.1.2. Les résultats obtenus par la régression quadratique sont les suivants :

1.1.3. Les résultats obtenus par la régression cubique sont les suivants :

1.1.4. Les résultats obtenus par la régression quartique sont les suivants :

1.1.5. Les résultats obtenus par la régression quintique sont les suivants :

1.1.6. Les résultats obtenus par la régression sextique sont les suivants :

1.1.7. Les résultats obtenus par la régression septique sont les suivants :

Le moyen d'âge est de 63 ans, la tranche la plus représentée est celle de 50-64 ans, l'écart type est de 8,49.

FIG. 3. Répartition géographique de 1664 vieillards selon l'appartenance ethnique.



La répartition géographique des vieillards est très hétérogène. On observe une concentration importante dans la région de la Bretagne (10,4%), ainsi qu'une répartition plus équilibrée dans les autres régions (10,4% chacune). Cette répartition reflète les différences démographiques et ethniques existant dans ces zones.

FIG. 2. Distribution graphique de McClelland selon la profession.



de la profession. On observe une nette séparation entre les professions dites « manuelles » et les professions dites « intellectuelles ».

La distribution des scores de McClelland est donc fortement liée à la profession. Les professions dites « intellectuelles » ont des scores élevés, tandis que les professions dites « manuelles » ont des scores faibles. Cette observation est en accord avec les théories de McClelland sur la motivation et la réussite professionnelle.

FIG. 5. Répartition de 1461 antilles en fonction du poids des sujets.



le tabagisme et l'alcoolisme ont des taux significatifs de fréquences et constituent donc des facteurs de risque certains tandis que l'alcoolisme avec ce taux insignifiant de 2% ne peut être retenu comme facteur de risque majeur chez le sujet âgé ou malade.

B. INCIDENCES EN HÔPITAL EN 1994

FIG 7. Répartition de l'âge au décès en fonction de la cause de mortalité en 1994 (diagramme circulaire) (1444 décès).



On observe que les maladies cardiovasculaires sont la première cause de mortalité, suivies des maladies respiratoires, digestives, infectieuses, neurologiques, oncologiques, endocriniennes, rénales, hépatiques, vasculaires et enfin des causes indéterminées.

Les maladies cardiovasculaires sont la première cause de mortalité, suivies des maladies respiratoires, digestives, infectieuses, neurologiques, oncologiques, endocriniennes, rénales, hépatiques, vasculaires et enfin des causes indéterminées.

Les maladies cardiovasculaires sont la première cause de mortalité, suivies des maladies respiratoires, digestives, infectieuses, neurologiques, oncologiques, endocriniennes, rénales, hépatiques, vasculaires et enfin des causes indéterminées.

FIG 3. Répartition de 176 bantilles en fonction des poids :

Poids (en grammes)	Fréquences relatives (%)
moins de 40	0,8
40 - 64	3
65 - 79	62
80 - 94	132
95 - 109	5
110 - 124	0
125 - 139	0
140 - 154	2,5
155 - 170	1,8

La répartition des bantilles en fonction de leur poids est présentée dans le tableau ci-dessus.

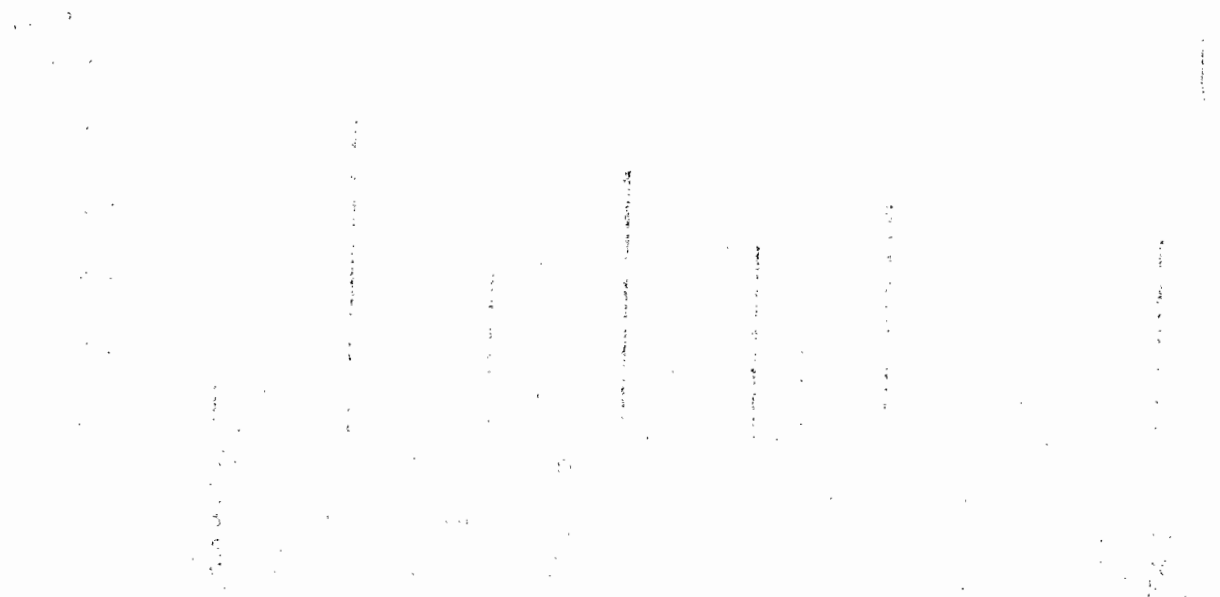
On observe que la majorité des bantilles ont un poids compris entre 65 et 94 grammes.

Les bantilles de poids inférieur à 40 grammes sont très rares, et les bantilles de poids supérieur à 124 grammes sont également très rares.

La tension artérielle diastolique moyenne est de 113 mm de Hg avec un écart type de 17,76. La tranche la plus représentée est celle de 100 à 109 mm de mercure.

Les sujets ayant des tensions artérielles diastoliques inférieures à 100 mm de mercure sont ceux ne présentant qu'une hypertension systolique.

FIG. 19. Répartition de 1500 patients en fonction de la tension artérielle.



La répartition des patients en fonction de la tension artérielle est représentée sur la figure 19. On voit que la majorité des patients (environ 1000) ont une tension artérielle comprise entre 100 et 109 mmHg. Le nombre de patients diminue progressivement à mesure que la tension artérielle augmente, avec une diminution plus marquée au-dessus de 120 mmHg.

FIG 11. Distribution de l'échantillon en fonction de la TAM avant et après traitement.



Figure 11. Distribution de l'échantillon en fonction de la TAM avant et après traitement. Les données sont présentées dans le tableau ci-dessous :

TAM	Avant (N° Indiv)	Après (N° Indiv)
0	0	0
1	18	15
2	17	14
3	10	10
4	10	10
5	10	10
6	10	10
7	10	10
8	10	10
9	10	10
10	10	10
11	10	10
12	10	10
13	10	10
14	10	10
15	10	10
16	10	10
17	10	10
18	10	10
19	10	10
20	10	10

FIG 12. Distribution de l'échantillon en fonction des données de l'examen en clinique.

Données de l'examen clinique	Fréquences relatives	
	OUI	NON
œdèmes des membres inférieurs	30	70
reflex hépatique et du hémicéphale	12	88
galop gauche ou souffle auriculaire	4	96
taux systolique > 120	12	88
taux diastolique > 80	11	89
taux de fréquence cardiaque > 100	16	84

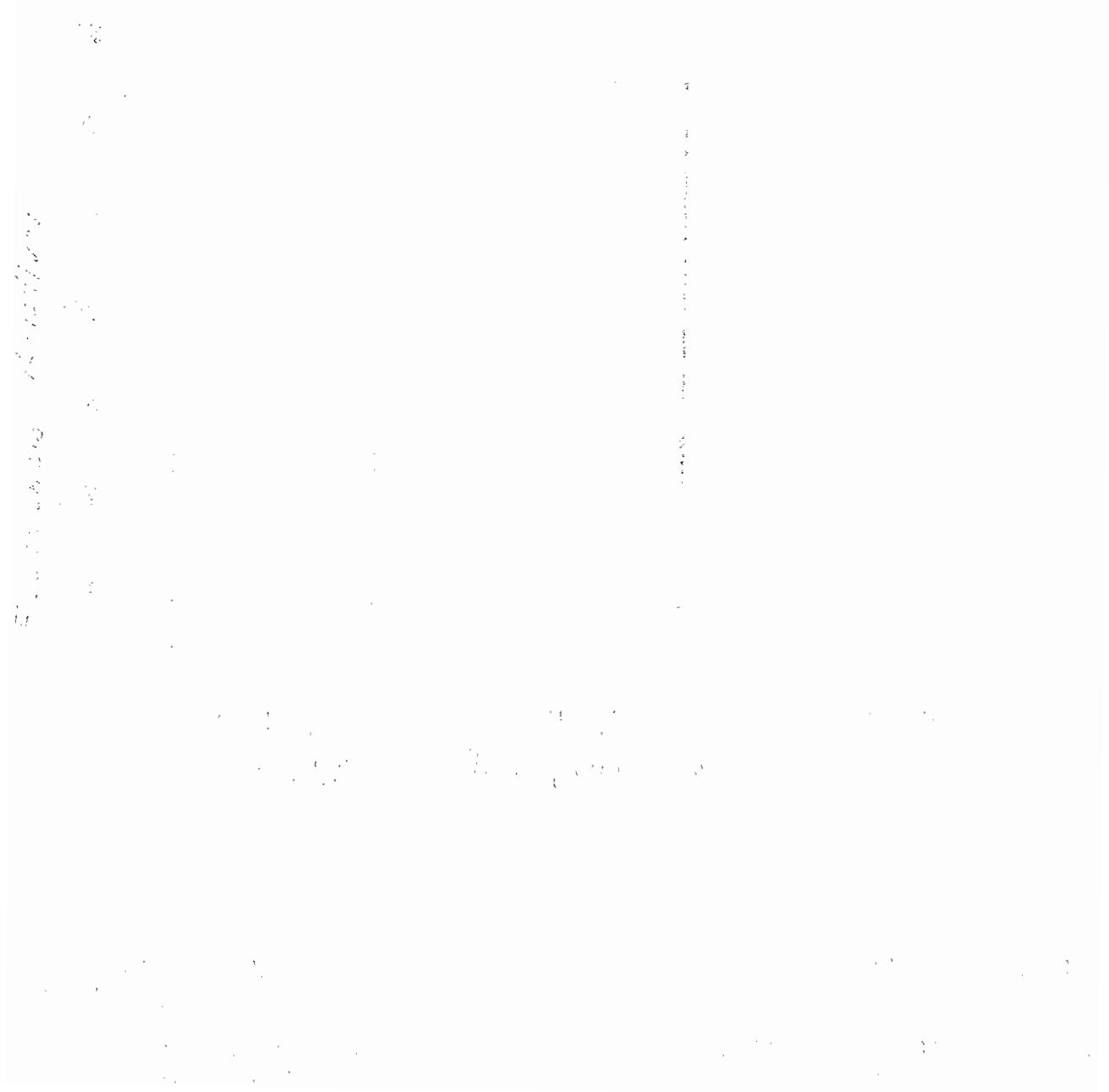
La valeur la plus fréquente pour le taux de fréquence cardiaque est la fréquence normale (60-100) qui est observée chez 70% des patients. Les autres valeurs sont observées chez 10% des patients. La distribution des autres données de l'examen clinique est présentée dans le tableau ci-dessous.

FIG 13. Distribution de l'échantillon en fonction des données de l'examen clinique.

Données de l'examen clinique	OUI	NON
taux de fréquence cardiaque > 100	16	84
taux systolique > 120	12	88
taux diastolique > 80	11	89
œdèmes des membres inférieurs	30	70
reflex hépatique et du hémicéphale	12	88
galop gauche ou souffle auriculaire	4	96

W. KRUMHOLTZ

FIG. 15. Distribution de l'échantillon en fonction du schéma thérapeutique.



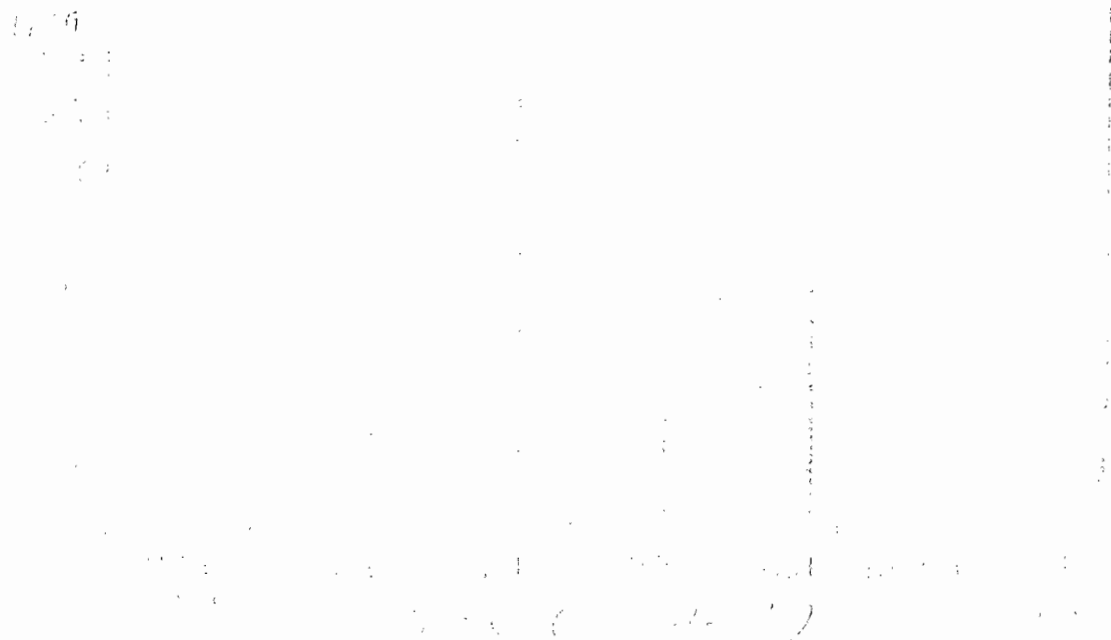
Les associations thérapeutiques utilisées sont très divers car est laissé aux soies des différents médecins traitants.

En monothérapie le médicament le plus utilisé est le Nifédipine (13 cas).

En bithérapie l'association la plus utilisée est celle faite de Furosemide + nifédipine (Lasilix R + Nalate R).

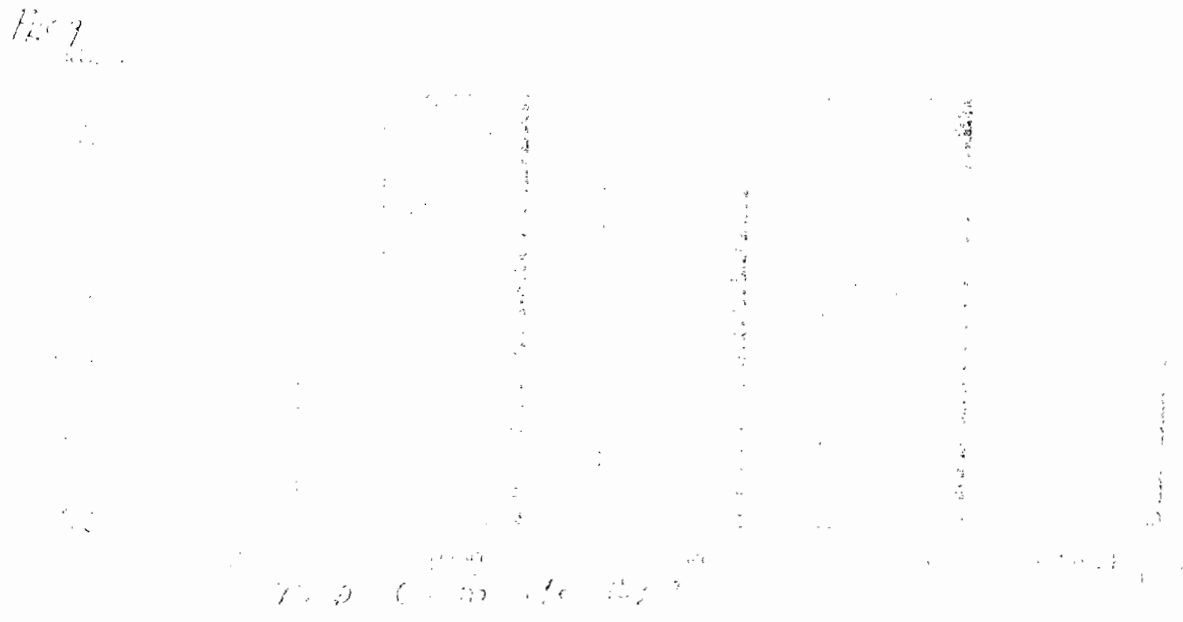
À l'exception des diurétiques, les autres médicaments sont : 1 MF

G 17. Association de MF et d'antidépresseurs fonction des séquences d'élites de la famille d'éléments β -adrique (1 cas) (tableau 17).



À l'exception des diurétiques, les autres médicaments sont : 1 MF

FIG 18. Distribution de l'échantillon en fonction des fréquences relatives de la tension artérielle diastolique sous traitement.



La répartition de l'échantillon en fonction des fréquences relatives de la tension artérielle diastolique sous traitement est représentée sur la figure 18. On voit que la répartition est assez régulière, ce qui indique que le traitement est efficace.

La figure 19 illustre la répartition de l'échantillon en fonction des fréquences relatives de la tension artérielle systolique sous traitement.



La majorité des patients ont une tension artérielle moyenne inférieure à 120mm de mercure, avec un maximum à la tranche 100-109 mm de mercure.

La moyenne de la tension artérielle moyenne après traitement est de 109 mm de mercure avec un écart type de 15,79.

FIG 20. Distribution de l'échantillon en fonction de l'évolution des chiffres tensionnels sous traitement.



La majorité des patients ont une tension artérielle moyenne inférieure à 120mm de mercure, avec un maximum à la tranche 100-109 mm de mercure.

4. REVISIONES

El presente informe de actividades se ha sometido a la revisión de la Comisión de Evaluación y de la Dirección.

El presente informe de actividades se ha sometido a la revisión de la Comisión de Evaluación y de la Dirección.

Comisión de Evaluación y de la Dirección

El presente informe de actividades se ha sometido a la revisión de la Comisión de Evaluación y de la Dirección.

El presente informe de actividades se ha sometido a la revisión de la Comisión de Evaluación y de la Dirección.

II. RESULTATS NUMERIQUES.

L'analyse des données de notre échantillon fait ressortir les résultats suivants :

FIG. 21. Répartition de l'âge des filles en fonction de la classe et de l'année scolaire. (N = 1000) (en %).

Classe d'âge (ans)	1955	1956	1957	1958	1959	1960	1961	1962	Total
151 - 160	1	1	2	1	0	0	0	0	5
161 - 170	1	4	0	2	1	2	0	0	10
171 - 180	3	2	1	2	2	1	0	0	11
181 - 190	3	5	2	3	3	1	0	0	17
191 - 200	1	3	1	2	0	1	0	0	8
201 - 210	0	5	0	3	3	0	0	0	11
211 - 220	0	1	0	1	0	0	0	0	2
221 - 230	0	1	1	1	0	0	0	0	3
231 - 240	2	1	1	0	0	0	0	0	4
241 - 250	3	1	1	1	1	0	0	0	7
Total	10	25	10	15	10	5	0	0	75

Les données ci-dessus indiquent que la répartition de l'âge des filles varie considérablement d'une année à l'autre. On observe une concentration plus élevée dans les classes d'âge 161-170 et 171-180, ce qui correspond à la majorité de l'échantillon étudié.

FIG 23. Distribution de 147 bantillons en fonction de la TAD ayant traités et par rapport aux classes d'âge.

Classe d'âge	0-10	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	Total
0-10	10	16	61	66	71	76	300
11-20	7	7	7	7	7	7	50
21-30	55	50	65	70	75	75	390
31-40	1	1	1	1	0	1	5
41-50	5	3	6	3	7	3	27
51-60	5	3	2	4	2	1	17
61-70	5	10	4	7	1	2	29
71-80	0	1	0	1	0	2	4
81 et plus	4	1	2	0	0	0	7
Total	71	71	135	141	150	158	667

FIG 24. Répartition des bantillons par classe d'âge et par rapport aux classes de TAD.

Classe de TAD	0-10	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	Total
0-10	10	16	61	66	71	76	300
11-20	7	7	7	7	7	7	50
21-30	55	50	65	70	75	75	390
31-40	1	1	1	1	0	1	5
41-50	5	3	6	3	7	3	27
51-60	5	3	2	4	2	1	17
61-70	5	10	4	7	1	2	29
71-80	0	1	0	1	0	2	4
81 et plus	4	1	2	0	0	0	7
Total	71	71	135	141	150	158	667

FIG 25. Distribution de l'échantillon en fonction de la TAD par rapport au sexe (avant traitement).

	Sexe	Féminin	Masculin	Total
TAD avant traitement				
	≤ 0	3	2	5
	01 - 100	11	26	37
	101 - 250	5	13	18
	251 - 420	13	16	29
	421 - 110	1	3	4
	111 - 170	1	0	1
	171 - 210	2	4	6
	Total	6	64	70

$n_{00} = 1$
 $n_{12} = 0,145$
 $n_{22} = 0,05$

La régression de la TAD sur le sexe est négative, ce qui signifie que les femmes ont une TAD plus faible que les hommes.

FIG 26. Distribution de l'échantillon en fonction de la TAD par rapport au sexe (après traitement).

	Sexe	Féminin	Masculin	Total
TAD après traitement				
	≤ 0	1	2	3
	01 - 100	8	6	14
	101 - 250	3	9	12
	251 - 420	5	12	17
	421 - 110	1	2	3
	111 - 170	1	1	2
	171 - 210	1	1	2
	Total	22	33	55

$n_{00} = 1$
 $n_{12} = 0,109$
 $n_{22} = 0,036$

DDL : 1
 Khi = 4,27
 P = 0,03702

La moyenne de la 1-8 est de 132,1 g da/kg pour les femelles et de 133,1 g da/kg pour les mâles.

10.27. Répartition de l'abondance en fonction de la classe d'âge des individus par sexe (tableau 10).

Classe d'âge	Sexe	Nombre	Abondance	Total
1-10	F	5	12	17
11-20	F	7	10	27
21-30	F	10	17	27
31-40	F	3	8	15
41-50	F	2	2	4
51-60	F	1	1	2
61-70	F	2	1	3
71-80	F	1	3	4
81-90	F	10	14	24

FIG 28. Distribution de l'échantillon en fonction de la SAS avant l'initement par rapport à l'antécédent de tabagisme.

SAS	SAPAC	OUI	NON	Total
<= 100		1	2	3
151 - 160		8	13	21
171 - 180		5	7	12
191 - 200		2	16	18
211 - 220		5	8	13
231 - 240		4	12	16
251 - 260		1	2	3
271 - 280		0	2	2
291 - 300		2	4	6
311 - 320		1	5	6
TOTAL.....		29	71	100

FIG 29. Distribution de l'échantillon en fonction de la SAS avant l'initement par rapport à l'antécédent de tabagisme.

SAS	SAPAC	OUI	NON	Total
<= 100		0	0	0
151 - 160		2	15	17
171 - 180		1	12	13
191 - 200		1	22	23
211 - 220		1	4	5
231 - 240		1	7	8
TOTAL.....		7	58	65

FIG 30. Distribution de l'échantillon en fonction des valeurs numériques de la RM avant traitement par rapport à l'autécocent de Belgique.

Classes	OML	N	Total
101			
100	5	12	17
111 - 110	7	20	27
151 - 150	10	17	27
141 - 140	4	12	16
181 - 180	3	4	7
161 - 160	3	6	9
1000			
1000000	0	31	100

FIG 31. Distribution de l'échantillon en fonction de l'impact de l'obésité sur la valeur numérique de la tension artérielle systolique avant traitement.

Obésité	OUI	NON	Total
200			
<= 150	0	3	3
151 - 160	7	14	21
161 - 170	3	9	12
171 - 180	3	15	18
181 - 190	4	9	13
191 - 200	4	12	16
201 - 210	1	2	3
211 - 220	1	1	2
221 - 230	3	3	6
231 et plus	1	5	6
Total.....	27	73	100

FIG 32. Distribution de l'échantillon en fonction de l'impact de l'obésité sur la valeur numérique de la tension artérielle systolique avant traitement.

Obésité	OUI	NON	Total
200			
<= 100	2	3	5
101 - 110	1	6	7
111 - 120	3	4	7
121 - 130	2	3	5
131 - 140	0	1	1
141 - 150	0	1	1
151 et plus	1	2	3
Total.....	7	23	30

FIG 35. Distribution de l'échantillon en fonction des valeurs manométriques de la TAD avant traitement par rapport aux diagnostics.

TAD (mm de Hg Diagnostic)	<= 90	91 / 100	101 / 110	111 / 120	121 / 130	131 et plus	Total
SD	2	10	4	7	0	1	24
FC	1	7	2	4	1	0	15
SI	1	2	1	2	2	1	9
SC	0	0	1	0	0	0	1
FCG	1	16	6	13	0	5	43
DFC	0	2	2	3	1	0	8
Total ..	5	37	18	29	4	7	100

FIG 36. Distribution de l'échantillon en fonction des valeurs manométriques de la TAD avant traitement par rapport aux diagnostics.

TAD (mm de Hg Diagnostic)	<= 110	111 / 120	121 / 130	131 / 140	141 / 150	151 et plus	Total
SD	5	7	5	5	1	1	24
FC	4	2	2	1	0	1	10
SI	1	2	1	2	0	2	8
SC	0	0	0	0	0	1	1
FCG	2	1	10	5	2	1	22
DFC	1	1	2	1	1	0	6
Total ..	14	13	20	13	4	7	61

Il n'y a pas de variation significative des valeurs manométriques des différentes tensions artérielles (systolique, diastolique, moyenne) en fonction du diagnostic des patients.

FIG 37. Distribution de l'échantillon en fonction du schéma thérapeutique par rapport au diagnostic.

schéma thérapeutique diagnostic	Monothérapie	Bithérapie	Trithérapie	TOTAL
SD	14	9	1	24
DC	9	6	0	15
DM	1	8	0	9
EC	0	1	0	1
DD	7	34	2	43
RC	1	7	0	8
TOTAL	32	65	3	100

Les patients présentant réellement des signes de Diabète ont été répartis dans la catégorie des cas de diabète, tandis que la quasi totalité des cas d'insuffisance rénale ont été répartis dans la catégorie.

La bithérapie a été appliquée que dans 3 cas sur 100 ce qui n'est pas significatif.

FIG 38. Distribution de l'échantillon en fonction du schéma thérapeutique par rapport à la valeur manométrique de la TMS avant traitement.

cas	%	151	161	171	181	191	201	211	221	TOTAL
150	100	/	/170	/	/	/	/	/	/	100
160		100		100	100	100	100	100	100	100
170		1	6	8	1	4	1	2	2	24
180		1	5	1	3	12	1	11	1	46
190		0	1	0	1	0	0	1	1	4
200		2	11	12	14	15	1	14	1	70

FIG 39. Distribution de l'échantillon en fonction du schéma thérapeutique par rapport à la valeur manométrique de la TAD avant traitement.

schéma thérapeutique	TAD 90	91 /	101 /	111 /	121 /	131 et plus	Total
monothérapie	0	15	8	8	0	1	32
binothérapie	5	20	10	20	4	6	65
trithérapie	0	2	0	1	0	0	3
total.....	5	37	18	29	4	7	100

FIG 40. Distribution de l'échantillon en fonction du schéma thérapeutique par rapport à la valeur manométrique de la TAD avant traitement.

schéma thérapeutique	TAD 90	91 /	101 /	111 /	121 /	131 et plus	Total
monothérapie	5	2	12	2	1	1	23
binothérapie	12	15	12	13	1	1	54
trithérapie	0	1	1	1	1	0	4
total.....	17	19	25	16	3	2	82

La composition du schéma thérapeutique n'a pas de liaison particulière avec la valeur manométrique des différentes tensions artérielles (systolique, diastolique et moyenne)

FIG 41. Distribution de l'échantillon en fonction des valeurs manométriques de la TAS après traitement par rapport aux diagnostics des patients.

TAS après traitement	< 170	171/130	181/145	190/150	191/160	200 et plus	TOTAL
SD	3	4	8	1	6	2	24
RC	4	1	4	3	2	0	15
DI	1	3	4	0	0	1	9
RC	0	0	0	1	0	0	1
LOG	5	0	16	4	3	3	43
DC	1	0	3	0	2	2	8
TOTAL	14	8	26	9	11	14	100

FIG 42. Distribution de l'échantillon en fonction des valeurs manométriques de la DAD après traitement par rapport aux diagnostics des patients.

DAD après traitement	< 60	61/70	71/80	81/90	91/100	101 et plus	TOTAL
SD	1	4	5	0	2	0	12
RC	1	2	0	0	3	3	10
DI	0	1	0	1	3	1	6
RC	0	0	0	1	0	0	1
LOG	1	1	10	0	6	3	23
DC	0	0	0	0	1	1	2
TOTAL	3	8	15	2	15	7	60

FIG 43. Distribution de l'échantillon en fonction des valeurs numérotées de la TAM après traitement par rapport aux diagnostics des patients.

TAM après traitement diagnostic	<= 90	91 / 100	101 / 110	111 / 120	121 et PLUS	TOTAL
CO	4	3	10	4	3	24
FC	4	1	4	4	2	15
CM	2	1	2	3	1	9
CC	0	0	1	0	0	1
CCG	2	9	9	13	10	43
CCRC	0	2	2	2	2	8
TOTAL	12	16	28	26	18	100

FIG 44. Distribution de 1060 chiffres en fonction de l'évolution des chiffres à l'issue de la période diagnostique, après le traitement.

diagnostic	90	91	96	100	106	111	TOTAL
Evolution des SA							
progrès	19	13	2	7	12	4	57
regression	2	9	0	0	1	0	12
stagnation	3	2	9		1	2	17
TOTAL	24	24	11	7	14	6	86

Les chiffres à l'issue de la période diagnostique sont répartis en fonction de l'évolution des chiffres à l'issue du traitement. Les chiffres à l'issue de la période diagnostique sont répartis en fonction de l'évolution des chiffres à l'issue du traitement.

Les chiffres à l'issue de la période diagnostique sont répartis en fonction de l'évolution des chiffres à l'issue du traitement. Les chiffres à l'issue de la période diagnostique sont répartis en fonction de l'évolution des chiffres à l'issue du traitement.

FIG 47. Distribution de l'échantillon en fonction de l'évolution générale par rapport à la valeur manométrique de la tension artérielle diastolique avant traitement.

TAD (mmHg) évolut°	<= 90	91 / 100	101 / 110	111 / 120	121 / 130	131 / 140	141 / 150	151 ET >	TOTAL
bonne	0	8	4	6	0	0	1	0	21
assez bonne	3	19	9	9	3	1	0	3	47
passable	1	6	4	8	0	0	1	0	20
décès	1	4	1	4	1	0	0	1	12
total	5	37	18	28	4	1	2	4	100

FIG 48. Distribution de l'échantillon en fonction de l'évolution générale par rapport à la valeur manométrique de la tension artérielle moyenne avant traitement.

TAD (mmHg) évolut°	<= 90	91 / 100	101 / 110	111 / 120	121 / 130	131 / 140	141 / 150	151 ET >	TOTAL
bonne	3	6	5	3	1	1	1	1	21
assez bonne	3	3	11	7	2	6	6	6	47
passable	1	5	3	8	1	0	0	0	20
décès	1	4	1	4	1	0	0	1	12
total	5	37	18	28	4	1	2	4	100

Ces trois dernières distributions montrent que l'évolution est satisfaisante dans la majorité des cas et ceci quelque soit la valeur monométrique des différentes tensions artérielles (systolique, diastolique, moyenne) avant traitement.

FIG 49. Distribution de l'échantillon en fonction de l'évolution générale par rapport au schéma thérapeutique.

selon l'évolution thérapeutique	hypertension	hétérohypertension	hypotension	total
bonne	10	3	1	14
assez bonne	10	35	2	47
possible	9	11	0	20
échecs	3	9	0	12
total	32	65	3	100

La majorité des patients ont obtenu une évolution satisfaisante (bonne et assez bonne) et ceci dans rapport particulier avec la composition du schéma thérapeutique bien que la hétérohypertension soit prédominante dans ce tableau, ceci n'est que le reflet du nombre total de hétérohypertension.

$\chi^2 = 3,97$

ddl = 2

$p < 0,05$

Une telle répartition des résultats de diurese thérapeutique est la "bonne" condition à atteindre, car elle est la plus favorable à l'équilibre, tandis que 5 cas sur 100 de "échecs" sont à éviter absolument.

CHAPITRE II : CORRELATIONS ET DISCUSSIONS

Nous avons effectuée une étude prospective portant sur l'hypertension artérielle du sujet âgé de 50 ans et plus, (hommes et femmes), sur une période de 9 mois (octobre 1992 - juin 1993), dans certains services de médecine de l'hôpital National du Point C (Néphrologie, cardiologie, Médecine P, Médecine interne: A, B, C, et D) et le service de cardiologie de l'hôpital Gabriel Lamé.

l'étude a eu pour but de décrire une affection diagnostiquée et l'expliquer devant l'hypertension artérielle du sujet âgé de 50 ans et plus.

Il s'agit de cette partie sur laquelle nous avons étudié 111 patients (hommes et femmes) âgés de 50 ans et plus, traités en hospitalisation qu'en ambulatoire.

L'analyse de nos résultats nous a permis de dégager les caractéristiques de notre échantillon, sur la base des résultats de l'interrogatoire, de l'examen clinique, que les résultats des investigations complémentaires.

Un patient était adressé à un spécialiste qui enquêtait les différents problèmes.

V. CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES

Sur l'échantillon de l'âge 100 hommes et femmes il y a 14 hommes et 16 femmes. C'est un sexe ratio de 1,11 en faveur des hommes. L'âge moyen de la population est égal à 60,14 ans, ce qui est plus de la moyenne de 58 ans, qui est le facteur de risque majeur pour les 10 ans ou plus de l'athérosclérose chez les hommes.

Nos patients ont des âges allant de 50 à 87 ans, avec une moyenne de 60 ans. L'âge moyen type de 8,12, la moyenne de l'âge des patients de l'intervalle de 5 à 11 ans, ce qui est plus de la moyenne de 5 (1) et l'âge moyen de 11 ans, ce qui est plus de la moyenne de 10 ans.

Les patients ont été répartis en 4 groupes selon l'âge et le sexe :

1) Les hommes de 50 à 59 ans : 14 patients (12,6%)
 2) Les hommes de 60 à 69 ans : 14 patients (12,6%)
 3) Les hommes de 70 à 79 ans : 14 patients (12,6%)
 4) Les hommes de 80 à 87 ans : 14 patients (12,6%)

5) Les femmes de 50 à 59 ans : 16 patients (14,4%)
 6) Les femmes de 60 à 69 ans : 16 patients (14,4%)
 7) Les femmes de 70 à 79 ans : 16 patients (14,4%)
 8) Les femmes de 80 à 87 ans : 16 patients (14,4%)

catégories de fonctionnaires et les anciens combattants (22 patients), ils sont des cultivateurs (15 patients), ils sont des commerçants (10 patients), les restes des sujets (17) sont latinacur, Boucher, chauffeur, électricien, Maçon, Mécaniciens, Transitaire.

La taille moyenne des patients est de 1,71 m, avec un écart type de 0,08.

Le poids moyen est de 69,60 Kg. Cependant, il faut noter que le poids n'a été pris que chez 92 patients sur 100, les autres (8 patients) ont des déficits notables, les y rattachant.

En fonction de la résidence des patients, nous obtenons que 75 % résident à Niakou, contre 5 % pour l'intérieur du pays.

La recherche des facteurs de risque a permis de révéler en particulier de l'hypertension chez 29 patients (29 % de l'échantillon, 65 % des hommes), un autre facteur de risque chez 27 patients (27 % des hommes) : 27 % de diabète. Ces deux facteurs permettent d'identifier la fréquence et l'importance de facteur de risque de la maladie de l'hypertension, ce qui est en concordance avec les données de la littérature (2).

Malgré l'absence d'hypertension chez 28 des patients, il n'est pas un facteur prédominant au Mali chez les sujets âgés de 50 ans et plus au Mali.

IV. ANALYSE DE LA DISTRIBUION DE LA MALADIE

* L'analyse de la répartition de la maladie en plus de ceux non compliqués, a permis d'identifier des signes de maladie, dans 24 patients, dans les différents types de hypertension : systolique isolée (6 patients) ; systolique et diastolique (18 patients) ; diastolique isolée (1 patient) ; et les signes de complications dans 12 patients (12 %) de diabète (10) et de l'infarctus (2).

« L'infarctus a été diagnostiqué chez 43 % des patients. Ce diagnostic a été établi par l'existence d'éléments suivants : l'élévation de la créatinine, l'élévation de l'enzyme aspartate aminotransférase (AST) et l'élévation de l'enzyme créatine phosphokinase (CK-MB) (3).

Il faut noter que le diabète a été diagnostiqué chez 27 % des patients. Les signes de complications ont été diagnostiqués chez 12 % des patients, ce qui est en concordance avec les données de la littérature (2). La répartition de la maladie par sexe est la suivante : 65 % des hommes et 35 % des femmes. Cette répartition est en concordance avec les données de la littérature (2).

« Les données de la répartition de la maladie par âge sont les suivantes :

20-30 ans : 1 patient (1 %)
31-40 ans : 2 patients (2 %)
41-50 ans : 10 patients (10 %)
51-60 ans : 27 patients (27 %)
61-70 ans : 20 patients (20 %)
71-80 ans : 20 patients (20 %)

« La répartition de la maladie par catégorie professionnelle est la suivante : 22 patients (22 %) sont fonctionnaires ou anciens combattants, 15 patients (15 %) sont cultivateurs, 10 patients (10 %) sont commerçants, 17 patients (17 %) sont latinacur, Boucher, chauffeur, électricien, Maçon, Mécaniciens, Transitaire.

Comodensitométrie.

- L'insuffisance rénale chronique a été retenue chez 8 patients sur la base des symptômes cliniques (oligo-anurie, vomissement ou hoquet, givres...) et le résultat de l'azotémie et de la créatinémie supérieure, respectivement à 76 $\mu\text{mol/l}$ et 106 $\mu\text{mol/l}$. Dans la plus part des cas l'élévation est assez significative les taux moyens sont de 685 μmol pour la créatinémie et 28,51 μmol pour l'azotémie.

En résumé, on peut retenir dans 76 % des cas les patients présentent des complications, ce qui prouve il est évident que les effets de l'URA sur l'organisme sont déletères (12, 20, 22, 29)

* Le poids moyen est de 87 kg avec un écart type de 17,34, les poids varient entre 42 et 140 kg. Taille par minute.

* La température moyenne est de 37,4, avec un écart type de 2,56, avec des températures variant entre 36,1 et 40,2.

* Le poids moyen est de 75,7 kg avec un écart type de 19, 60 avec des poids variant entre 42 et 106 kg.

* La taille moyenne est de 171 cm, avec un écart type de 9,48, avec des tailles variant entre 150 et 190 cm.

* La pression de la diastole moyenne est de 84 mmHg, avec un écart type de 13,06, avec des pressions variant entre 60 et 110 mmHg de pression, ce qui fait de la pression de la diastole une valeur normale, ce qui fait de la pression systolique qui est de 119 mmHg, avec un écart type de 14,30, avec des pressions variant entre 90 et 140 mmHg, avec un écart type de 25,33, avec des pressions variant entre 112 et 140 mmHg, avec un écart type de 14,30.

* La température moyenne est de 37,4, avec un écart type de 2,56, avec des températures variant entre 36,1 et 40,2.

* La fréquence cardiaque moyenne est de 77, avec un écart type de 17,76, avec des fréquences cardiaques variant entre 50 et 110 bpm.

* La fréquence respiratoire moyenne est de 17, avec un écart type de 2,56, avec des fréquences respiratoires variant entre 10 et 20 rpm.

avons consultés. La moyenne de la TMM est de 139 pour l'homme et 135 mm pour la femme.

* Les différentes anomalies décelées à l'examen clinique sont les œdèmes des membres inférieurs (30%), le Reflux hépatojugulaire et ou l'hépatomégalie douloureuse dans 27% des cas, une tachycardie au foyer mitral (12%), un souffle systolique apexien (12%), un assourdissement des bruits du cœur (10%), des anomalies à l'auscultation pulmonaires (10%).

En ce qui concerne la totalité de ces signes sont rencontrés dans les de complications cardiaques où ils sont diversément associés.

La coexistence de fréquents (12% par trois fois) est absolument isolée.

3.2. L'examen systolique les différents symptômes rencontrés sont les anomalies de l'ECG de l'axe (12%), les altérations de la sensibilité impériale (20%), les diminutions de la motricité (32%), les abolitions des réflexes plantaires (18%), les abolitions du réflexe calco-tarso-tarsien (12%).

La plupart de ces anomalies sont rencontrées dans les cas d'accident vasculaire cérébral tels se décrits par la littérature (12,22,20). Les anomalies de la sensibilité au tact sont dans quelques cas limitées à l'hémiparésie d'accident vasculaire cérébral.

3.3. Les anomalies de l'ECG

Les anomalies de l'ECG sont les suivantes :

Le taux d'ECG anormal est de 88,7% dans 23 cas, le plus élevé est 11,3% dans 3 patients, 2 patients, le plus bas est 2,97% dans 3 patients, il est nul dans 22 patients, dans 7,1% des cas.

Les anomalies de l'ECG sont les suivantes :

Le plus élevé est 6,3% dans 2 cas, le plus bas est 2,97% dans 3 cas, il est nul dans 22 cas, dans les autres cas ont pu être constatés.

Les anomalies de l'ECG sont les suivantes :

Le plus élevé est 6,3% dans 2 cas, le plus bas est 2,97% dans 3 cas, il est nul dans 22 cas, dans les autres cas ont pu être constatés.

Les anomalies de l'ECG sont les suivantes :

Le plus élevé est 6,3% dans 2 cas, le plus bas est 2,97% dans 3 cas, il est nul dans 22 cas, dans les autres cas ont pu être constatés.

- L'Electrocardiogramme a été faite chez 97 patients normal dans 47,4 % et pathologique dans 52,6 %. Les cas pathologiques vont de la classique hypertrophie ventriculaire gauche (12, 22), il a également été deceler des cas de modification du segment ST (aplatissement, sus decalage, sous decalage.), des cas d'extrasystoles.

Les anomalies de l'electrocardiogramme ont été surtout deceler chez les hypertendus ayant en complication cardiaque.

- Le fond d'oeil a été fait chez 54 patients, et il est normal dans 31,5 % de ces cas, tandis que des anomalies ont été revelées dans 68,5 % des (27 patients) les anomalies revelées sont :

. rétinopathies hypertensives celles decrites dans la littérature

- * stade I : 8 cas
- * stade II : 11 cas
- * stade III : 10 cas
- * stade IV : 0 cas

- . atrophie optique : 1 cas
- . choroirectomie : 1 cas
- . cataracte (fond non vu) : 6 cas

IV. ANGIOGRAPHIE ET ANGIOLOGIE

La recherche diéthrologique a été effectuée dans 212 des cas (46,1%) et les anomalies ont été deceler dans quelques cas (14 %) (presence de phlegmasion avec expansion d'AAA d'origine locale. Cette anomalie a été faite par le docteur de l'EXPER et l'ALBERT (32) pour l'angiographie de l'AAA. Les anomalies ont été deceler dans 6,6% des cas.

Pour l'angiographie il y a eu 10 à 50 % de cas, et l'angiographie est normale et saine.

V. CONCLUSION

Les anomalies de l'angiographie ont été deceler dans 6,6% des cas de l'AAA. Les anomalies ont été deceler dans 6,6% des cas de l'AAA. Les anomalies ont été deceler dans 6,6% des cas de l'AAA.

Les anomalies de l'angiographie ont été deceler dans 6,6% des cas de l'AAA. Les anomalies ont été deceler dans 6,6% des cas de l'AAA. Les anomalies ont été deceler dans 6,6% des cas de l'AAA.

Les anomalies de l'angiographie ont été deceler dans 6,6% des cas de l'AAA. Les anomalies ont été deceler dans 6,6% des cas de l'AAA. Les anomalies ont été deceler dans 6,6% des cas de l'AAA.

Les anomalies de l'angiographie ont été deceler dans 6,6% des cas de l'AAA. Les anomalies ont été deceler dans 6,6% des cas de l'AAA. Les anomalies ont été deceler dans 6,6% des cas de l'AAA.

* une trithérapie dans 3 % des cas.

- monothérapie : les divers médicaments utilisés sont la Nifédipine (13 cas), le Furosémide (7 cas), le Méthyl dopa (1 cas), le Captopril (3 cas), Association hydrochlorothiazide + Amiloride (Moduretic[®]) (1 cas).

- Lithérapie : les associations utilisées sont : Furosémide - captopril (24 cas), Furosémide - Nifédipine (13 cas), Furosémide - Méthyl dopa (10 cas), Furosémide - clonidine (2 cas), Furosémide - Nicardipine (1 cas), Furosémide - Enalapril (1 cas), clonidine - nifédipine (1 cas), Indapamide - éthylehydroérgotexine (1 cas), Enalapril - Nifédipine (1 cas), Acétylsalicylate - nifédipine (1 cas), épinephrine - nifédipine (1 cas), Créatine - nifédipine (1 cas).

- Trithérapie : les associations utilisées sont :

- 1. Furosémide - Nifédipine - Méthyl dopa (2 cas) ;
- 2. Furosémide - Acétylsalicylate - nifédipine (1 cas).

Dans l'ensemble nous constatons que le groupe de médicaments le plus utilisé est celui des diurétiques dont notamment le Furosémide a été administré chez 66 patients en monothérapie, en lithérapie ou en trithérapie. Cette préférence du Furosémide n'a pas d'explication évidente. Elle, cependant, elle peut être due au caractère de produits à large marge de sécurité, au fait qu'ils sont à large spectre et à une action rapide et efficace dans les complications cardiaques.

En ce qui concerne les diurétiques : il a été utilisé le Furosémide (Hydrochlorothiazide + Amiloride), l'Indapamide, la Créatine, l'Acétylsalicylate dans un seul patient.

Tous les autres groupes ont aussi été utilisés notamment les Nifédipine (31 cas), la Nicardipine (10 cas).

Les médicaments de l'association de la classe des ACEI ont été le Captopril (17 cas), l'Enalapril (1 cas). Ces médicaments ont été utilisés chez les patients souffrant de l'insuffisance cardiaque congestive.

Les médicaments de l'association de la classe des bêta bloquants ont été le Propranolol (1 cas), le Carvédipol (1 cas), le Carvédipol - épinephrine (1 cas). Ces médicaments ont été utilisés chez les patients souffrant de l'insuffisance cardiaque congestive.

Les médicaments de l'association de la classe des vasodilatateurs ont été le Méthyl dopa (1 cas), l'Éthylehydroérgotexine (1 cas).

Les médicaments de l'association de la classe des antiplaquettaires ont été l'Acétylsalicylate (1 cas).

VI. SURVEILLANCE DU TRAITEMENT

1. Evolution des chiffres tensionnels.

- La tension artérielle systolique a nettement diminué sous traitement 67 % des patients ont une tension artérielle systolique après traitement inférieure à 160mm de mercure. La moyenne est passée de 175mm de mercure (avant traitement) à 148 mm de mercure (sous traitement)

- La tension artérielle diastolique a aussi connu une bonne évolution avec 61% des patients ayant des TAD inférieure à 100 mm de mercure. La moyenne est passée de 113mm de mercure avant traitement à 90 mm de mercure sous traitement.

- La tension artérielle moyenne est inférieure à 110 mm de mercure dans 72 des cas

La moyenne est passée de 137 mm de mercure à 100 mm de mercure.

- Dans l'ensemble on note une normalisation des chiffres tensionnels dans 78 % des cas, tandis qu'ils stagnent dans 22% des cas, ce qui correspond aux chiffres tensionnels d'origine.

L'analyse des données n'a pas permis d'établir de liaison entre l'évolution des chiffres tensionnels, ni avec l'âge, ni avec le sexe, ni avec une des facteurs de risque (tabagisme et diabète) ou les complications.

Cette normalisation de la tension artérielle chez la majorité des sujets est une relation suffisante de la nécessité de traiter et d'ajuster le traitement.

2. Corrélation clinique

- 71 % des patients ont connu une "évolution favorable" (normalisation des chiffres tensionnels, et regression sous traitement des symptômes systémiques d'origine)

- 27 % des patients ont une "évolution défavorable" (persistance des chiffres tensionnels et persistance des symptômes cliniques d'origine)

- 2% des patients ont une "évolution instable" (normalisation des chiffres tensionnels, mais persistance des symptômes cliniques d'origine)

- 1% des patients ont une "évolution inconnue" (absence de données cliniques et tensionnelles)

ANNEXE III : CONCLUSIONS

En l'état de cette étude de 2 mois (septembre 1992 - juin 1993) sur l'hypertension artérielle du sujet âgé, nous pouvons émettre les conclusions suivantes :

- le sujet âgé (50 ans et plus) est exposé à l'hypertension artérielle et présente le plus souvent des facteurs de risque comme le tabagisme et l'obésité.

- l'hypertension artérielle est pratiquement systématique sur cette couche avec 16 % de cas de complications elle est fatale dans beaucoup de cas (13 % de décès).

- Les besoins en médicaments du sujet âgé sont les mêmes que ceux de l'adulte soit 60 % de médicaments pour le jour et 25 % de médicaments pour la nuit.

- l'hypertension artérielle est une maladie chronique qui se traite par la prise régulière d'hypertenseurs en permanence. Elle est le plus souvent prise en charge par des médicaments à action prolongée.

- le traitement de l'hypertension artérielle du sujet âgé est personnalisé et évolutif pour la prise en compte des différents facteurs de risque et l'évolution des symptômes et des signes.

- le traitement est personnalisé et évolutif pour le sujet âgé.

CHAPITRE IV : CONCLUSIONS

En vu des résultats et de la corrélation de ce travail, nous faisons les recommandations suivantes :

« Prévient le risque de la survenue de l'HTA chronique artérielle chez tous les sujets (19 ans et plus) présentant des facteurs de risques (tabagisme et diabète, sédentarité), (tabagisme et obésité notamment).

« Déceler chez 37 individus l'absence de contrôle tensionnelle périodique en vu de la prise en charge précoce tout le long des complications.

« Expliquer à chaque le patient la nécessité de l'arrêt de consommation de cigarette, la nécessité de régler dans le meilleur des hygiène dietétiques et le traitement médicamenteux à vie pour pallier la survenue des complications et la réévaluation périodique totale en diabète.

« Nécessité de contrôler les deux chiffres tensionnelle chez cette artérielle en sujet âgé et en vu de :

* Prévenir le risque de l'HTA chronique artérielle chez cette population en vu de l'HTA artérielle.

* Contrôler à la fois la tension artérielle chez les sujets âgés en vu de l'HTA artérielle et en vu de l'HTA artérielle, (HTA artérielle et HTA artérielle) pour éviter les complications et la réévaluation périodique.

BIBLIOGRAPHIE

1. ALLEN C. et GOODMAN H. Checkbook on aging in America. Washington DC. the 1981 White House Conference on Aging 1981.
2. AMERY A. BIERENHAGER W.A. BRIMMEL et Coll. Mortality and morbidity results from the Rephe-Project 1955, 1 1349-1354.
3. BENOIST R. , BENOIST-FA : Manuel des maladies des Reins et des voies urinaires. ED MASSON 1976 (pages 167-170).
4. GUYON B. Dictionnaire de Nephrologie 2^e Edition 1982.
5. GUYON B. Nephrologie VIOLLET 2^e Edition 1982.
6. GUYON B. Atlas de Nephrologie, 2^e Edition 1982.
7. GUYON B. Atlas de Nephrologie, 2^e Edition 1982. Traduction de l'Atlas de Nephrologie de Guyon B. et de Coll. 1982, 1 1349-1354.
8. GUYON B. Atlas de Nephrologie, 2^e Edition 1982. Traduction de l'Atlas de Nephrologie de Guyon B. et de Coll. 1982, 1 1349-1354.
9. GUYON B. Atlas de Nephrologie, 2^e Edition 1982. Traduction de l'Atlas de Nephrologie de Guyon B. et de Coll. 1982, 1 1349-1354.
10. GUYON B. Atlas de Nephrologie, 2^e Edition 1982. Traduction de l'Atlas de Nephrologie de Guyon B. et de Coll. 1982, 1 1349-1354.
11. GUYON B. Atlas de Nephrologie, 2^e Edition 1982. Traduction de l'Atlas de Nephrologie de Guyon B. et de Coll. 1982, 1 1349-1354.
12. GUYON B. Atlas de Nephrologie, 2^e Edition 1982. Traduction de l'Atlas de Nephrologie de Guyon B. et de Coll. 1982, 1 1349-1354.
13. GUYON B. Atlas de Nephrologie, 2^e Edition 1982. Traduction de l'Atlas de Nephrologie de Guyon B. et de Coll. 1982, 1 1349-1354.
14. GUYON B. Atlas de Nephrologie, 2^e Edition 1982. Traduction de l'Atlas de Nephrologie de Guyon B. et de Coll. 1982, 1 1349-1354.

Dehlon; - *Banque ENRP 1985* 48 p. (libre med.).

17. DEBATTED J. VACHERON A. : *Cardiologie 2è édition : Expansion scientifique française*, page 587-603 Avril 1987.

18. FOSTON P. H. : Is there an age limit to the prevention of coronary heart disease ? *GIORNALE DELLE Arterio sclerosi*, supplement- 20- 78 (1983).

19. FOSTON P. , FOSTON P. - Hypertension and the risk of dementia in the elderly ; *Am j. Med*, 1990 (in press).

20. GAZDAR, THOMAS, BROTHMAN, ALVIN M.D. (1986) *Exp. Hypertension in middle aged ; Journal of Hypertension de la Société Scientifique Am. de Card. et d'Angio Vol. 4* 476-481.

21. GAZDAR S., GAZDAR S., BROTHMAN C., BROTHMAN C., BROTHMAN C., BROTHMAN C. : *Hypertension and stroke in the elderly*.

22. GAZDAR S. : *Hypertension and the elderly ; Am j. Med* 1981 ; 6 (4) 275-281.

23. GAZDAR S., BROTHMAN C., BROTHMAN C., BROTHMAN C., BROTHMAN C., BROTHMAN C. : *Hypertension in the elderly* *J. Hypertension* 1980 8. 361-367.

24. GAZDAR S., BROTHMAN C., BROTHMAN C., BROTHMAN C., BROTHMAN C., BROTHMAN C. : *Hypertension in a population ; Am j. Med* 1987 (suppl. 81) : 1-36.

25. GAZDAR S., BROTHMAN C., BROTHMAN C., BROTHMAN C., BROTHMAN C., BROTHMAN C. : *Correlations of blood pressure and risk of stroke in the elderly ; Am j. Med* 1987 (suppl. 81) : 37-41.

26. GAZDAR S., BROTHMAN C., BROTHMAN C., BROTHMAN C., BROTHMAN C., BROTHMAN C. : *Hypertension and stroke in the elderly ; Am j. Med* 1987 (suppl. 81) : 42-46.

27. GAZDAR S., BROTHMAN C., BROTHMAN C., BROTHMAN C., BROTHMAN C., BROTHMAN C. : *Hypertension and stroke in the elderly ; Am j. Med* 1987 (suppl. 81) : 47-51.

28. GAZDAR S., BROTHMAN C., BROTHMAN C., BROTHMAN C., BROTHMAN C., BROTHMAN C. : *Hypertension and stroke in the elderly ; Am j. Med* 1987 (suppl. 81) : 52-56.

29. GAZDAR S., BROTHMAN C., BROTHMAN C., BROTHMAN C., BROTHMAN C., BROTHMAN C. : *Hypertension and stroke in the elderly ; Am j. Med* 1987 (suppl. 81) : 57-61.

30. GAZDAR S., BROTHMAN C., BROTHMAN C., BROTHMAN C., BROTHMAN C., BROTHMAN C. : *Hypertension and stroke in the elderly ; Am j. Med* 1987 (suppl. 81) : 62-66.

31. GAZDAR S., BROTHMAN C., BROTHMAN C., BROTHMAN C., BROTHMAN C., BROTHMAN C. : *Hypertension and stroke in the elderly ; Am j. Med* 1987 (suppl. 81) : 67-71.

elderly In : Brest AN. MOYER JM ed. : Hypertension Recent a
advances. Second Baltimore Symposium on hypertensive Disease (pp.
23.24) - Philadelphia (USA) LFA and FIBICER 1961.

32. MASER A.; SERRAIE M. : Guide de Médecine en Afrique et en
océan Indien, EDICOF 1990 PARIS.

33. MBAYE O. : hypertension artérielle et Bilharziase / MBAYE
Ousmane - Bamako - IAMP 1983 91 p.(Thèse Med.).

34. PERLE J. : Rivre de consultation de l'hypertension - Paris
1992.

35. PERLE J.; O.G. Y.; PERLE J.; ANDRUE JP. : L'ÉVALUATION
MÉTÉOROLOGIQUE N° 129 Oct. 1973 p.13-21-26.

36. RICHARDSON JAMES ASSOCIATION : DAY AND NIGHT BLOOD PRESSURE
1960-1962 IN AMERICA 1960 Series HE-113 and 114, Washington, United States
Public Health Service 1964.

37. RICHARDSON JAMES ASSOCIATION : Preventing disability in
the elderly - a challenge from the Regional de l'Ohio pour l'Europe, 1980
(page 48 et 49) (1985).

38. RICHARDSON JAMES ASSOCIATION : 1980 Research Cell. - Disability
and mortality in the elderly hypertension in the elderly (page
10-12) PHE-1980, 10, 23-24.

39. RICHARDSON JAMES ASSOCIATION : 1980 Research Cell. - Disability
and mortality in the elderly hypertension in the elderly (page
10-12) PHE-1980, 10, 23-24.

40. RICHARDSON JAMES ASSOCIATION : 1980 Research Cell. - Disability
and mortality in the elderly hypertension in the elderly (page
10-12) PHE-1980, 10, 23-24.

41. RICHARDSON JAMES ASSOCIATION : 1980 Research Cell. - Disability
and mortality in the elderly hypertension in the elderly (page
10-12) PHE-1980, 10, 23-24.

42. RICHARDSON JAMES ASSOCIATION : 1980 Research Cell. - Disability
and mortality in the elderly hypertension in the elderly (page
10-12) PHE-1980, 10, 23-24.

43. RICHARDSON JAMES ASSOCIATION : 1980 Research Cell. - Disability
and mortality in the elderly hypertension in the elderly (page
10-12) PHE-1980, 10, 23-24.

44. RICHARDSON JAMES ASSOCIATION : 1980 Research Cell. - Disability
and mortality in the elderly hypertension in the elderly (page
10-12) PHE-1980, 10, 23-24.

n°21.

45. ROUDAULT R.; GOSSE PH.; DE LERISSIER A.; DURANDET PH.; DALL'OCCIO M. : Traitement de l'hypertension artérielle (1ère partie) diététique, sources hypomédicamenteuses" dans ISO Tome 4 N°14, 20 Mai 1990; Exp. PECHADE-FORDEAUX.

46. ROUDAULT R. GOSSE PH. DURANDET PH. DALL'OCCIO M. III. Vasodilatateurs d'action directe, inhibiteurs calciques "dans le PSO Tome 4 N° 20 Sept. 1990. - Dr. L. PECHADE-FORDEAUX.

47. ROUDAULT R.; GOSSE PH.; DE LERISSIER A.; DURANDET PH.; DALL'OCCIO M. : Traitement de l'hypertension artérielle (2ème partie) dans ISO Tome 4 N° 15 20 Mars 1990. - Dr. L. PECHADE-FORDEAUX.

48. LERISSIER A.; DALL'OCCIO M.; DURANDET PH.; GOSSE PH.; ROUDAULT R. : Valeur diagnostique de l'hypertension dans le diabète (I) A 3 2 10 1 7 5. Hypertens. 1989, 7, 237-244.

49. DURANDET PH.; GOSSE PH.; LERISSIER A.; ROUDAULT R. : Association de la nifédipine et de la furosemide dans le traitement de l'hypertension. Hypertens. 1989, 8, 588-590.

50. DURANDET PH. : Place de la pathologie cardiovasculaire dans les activités d'un médecin de famille - Hypertens. 1989, 8, 591-592.

51. DURANDET PH. : Hypertension artérielle et diabète - Hypertens. 1989, 8, 593-594.

52. DURANDET PH. : Les lipides au-delà de l'hypercholestérolémie, les lipoprotéines, les apolipoprotéines, les enzymes, les récepteurs, les médicaments. - Hypertens. 1989, 8, 595-596.

53. DURANDET PH. : Les complications cardiovasculaires de l'hypercholestérolémie - Hypertens. 1989, 8, 597-598.

54. DURANDET PH. : Les complications cardiovasculaires de l'hypercholestérolémie - Hypertens. 1989, 8, 599-600.

55. DURANDET PH. : Les complications cardiovasculaires de l'hypercholestérolémie - Hypertens. 1989, 8, 601-602.

56. DURANDET PH. : Les complications cardiovasculaires de l'hypercholestérolémie - Hypertens. 1989, 8, 603-604.

57. DURANDET PH. : Les complications cardiovasculaires de l'hypercholestérolémie - Hypertens. 1989, 8, 605-606.

58. DURANDET PH. : Les complications cardiovasculaires de l'hypercholestérolémie - Hypertens. 1989, 8, 607-608.

M. International study findings, public health and medical care implications. Hypertension 1989 14; 570-577.

59. SVARBOG A. LEAL : Epidemiological studies on social and medical conditions of the elderly, Copenhagen; French Regional de l'OMS pour l'Europe, 1982 (Rapports et études Euro. N° 52).

60. TABARA A. : Hypertensionnelle et contraceptifs oraux. Médecine mod. Basako 1986.

61. TORRES S.; ESCO A.; BASHOLO A.; HAYASHI S.; HAYASHI Y.; KUROKI S.; HAYASHI Y.; HAYASHI O. : The influence of cold temperature on the progression of hypertension - In epidemiological study 3. hypertension 1989 17 (suppl. 1) 420-421.

62. WILCOX M.; VENTROGLIA P.; VENTROGLIA S.; CERQUONE; FERRARI F.; FERRARI B.; FERRARI F.; FERRARI M. : The influence of cold temperature on the progression of hypertension 1989 17; 457-461.

63. YAMAMOTO S. O. : Traitement de l'hypertension artérielle : comparaison de 4 protocoles thérapeutiques. Médecine Mod. Basako 1983.

64. YAMAMOTO S. O. : Traitement de l'hypertension artérielle : résultats de traitement par un schéma thérapeutique à long terme (10-11-1981). Médecine Mod. Basako 25 p (thèse n° 1).

65. ZEPPEL G.; ZEPPEL G. M.; ZEPPEL P.; ZEPPEL P.; ZEPPEL P. : Effect of diet, calcium, magnesium, potassium on blood pressure and 24-hour, day-to-day variability of blood pressure. Hypertension 1989 13; 400-404.

66. ZEPPEL G. M.; ZEPPEL G.; ZEPPEL P.; ZEPPEL P.; ZEPPEL P. : Effect of diet, calcium, magnesium, potassium on blood pressure and 24-hour, day-to-day variability of blood pressure. Hypertension 1989 13; 400-404.

NOM.....

PRENOM.....

AGE.....

SEXE.....

PROFESSION.....

PROVINCE.....

RESIDENCE : - BORDO.....
- Mars de BORDO.....

1. - DATE D'ARRIVEE EN FRANCE :

A/ LE 10/01/1954

1. - A BORDO

- Adresse de l'habitation

10, rue de la République, BORDO

10, rue de la République, BORDO

10, rue de la République, BORDO

10, rue de la République, BORDO

10, rue de la République, BORDO

10, rue de la République, BORDO

10, rue de la République, BORDO

10, rue de la République, BORDO

10, rue de la République, BORDO

10, rue de la République, BORDO

10, rue de la République, BORDO

10, rue de la République, BORDO

10, rue de la République, BORDO

10, rue de la République, BORDO

10, rue de la République, BORDO

10, rue de la République, BORDO

* Notion de l'offre	oui	non
* Notion d'effort	oui	non
* Notion de largeur	oui	non
Variation théorique	oui	non
* Parts de complémentarité	oui	non
* Partie convulsive	oui	non
* Impact de l'offre :	oui	non
* Impact de l'offre sur la demande	oui	non
* Impact de l'offre sur la production	oui	non
* Impact de l'offre sur le bien-être	oui	non
* Impact de l'offre sur l'emploi	oui	non
* Impact de l'offre sur le revenu	oui	non
* Impact de l'offre sur la distribution de la demande	oui	non
* Impact de l'offre sur la distribution de la production	oui	non
* Impact de l'offre sur la distribution du bien-être	oui	non
* Impact de l'offre sur la distribution de l'emploi	oui	non
* Impact de l'offre sur la distribution du revenu	oui	non
* Impact de l'offre sur la distribution de la demande et de la production	oui	non
* Impact de l'offre sur la distribution de la demande et du bien-être	oui	non
* Impact de l'offre sur la distribution de la demande et de l'emploi	oui	non
* Impact de l'offre sur la distribution de la demande et du revenu	oui	non
* Impact de l'offre sur la distribution de la production et du bien-être	oui	non
* Impact de l'offre sur la distribution de la production et de l'emploi	oui	non
* Impact de l'offre sur la distribution de la production et du revenu	oui	non
* Impact de l'offre sur la distribution de la demande, de la production et du bien-être	oui	non
* Impact de l'offre sur la distribution de la demande, de la production et de l'emploi	oui	non
* Impact de l'offre sur la distribution de la demande, de la production et du revenu	oui	non
* Impact de l'offre sur la distribution de la demande, de la production, du bien-être et de l'emploi	oui	non
* Impact de l'offre sur la distribution de la demande, de la production, du bien-être et du revenu	oui	non
* Impact de l'offre sur la distribution de la demande, de la production, du bien-être, de l'emploi et du revenu	oui	non

II - EXAMEN PRATIQUE :

1 - Examen Général :

- Taille :
- Poids :
- Température :
- Puls :

2 - Appareil Gastro-vasculaire

- Fonction intestinale, état général

. TAS :

. TAD :

. TAP :

1

3,5

- État des dents, état de l'occlusion

- Appareil

- Température de la cavité buccale

- État des glandes salivaires

* État des glandes salivaires

* État des glandes salivaires

* État des glandes salivaires

- État des dents et de l'occlusion

3 - Examen des dents et de l'occlusion

1 - Examen préliminaire

- État des dents

* État des dents

* État des dents

* État des dents

* État des dents

* État des dents

* État des dents

* État des dents

4 - Examen des dents et de l'occlusion

1 - Examen préliminaire

2 - Examen des dents

3 - Examen de l'occlusion

4 - Examen des dents et de l'occlusion

5 - Examen des dents et de l'occlusion

6 - Examen des dents et de l'occlusion

7 - Examen des dents et de l'occlusion

8 - Examen des dents et de l'occlusion

9 - Examen des dents et de l'occlusion

10 - Examen des dents et de l'occlusion

	État	Pré
- Azotémie		
* Normale	// //	// //
* Pathologique (Elevée)	// //	// //
- Cardiopégie à la radio du thorax	// //	// //
- Radiographie cardiaque (Anesthésie)	// //	// //
- Electro Cardiogramme		
* Normale :	// //	// //
* Pathologique	// //	// //
- Médiastinal :		
* Normale	// //	// //
* Pathologique	// //	// //

II - PRATIQUES COMPLÉMENTAIRES :

1 - Réponse à l'effort :

- Réponse à l'effort (cardiogramme)	// //	// //
- Réponse à l'effort (radiographie)	// //	// //

2 - Réponse à l'effort :

- Réponse à l'effort (radiographie)	// //	// //
- Réponse à l'effort (cardiogramme)	// //	// //
- Réponse à l'effort (radiographie)	// //	// //

3 - Réponse à l'effort :

- Réponse à l'effort (cardiogramme)	// //	// //
- Réponse à l'effort (radiographie)	// //	// //

4 - Réponse à l'effort :

- Réponse à l'effort (cardiogramme)	// //	// //
-------------------------------------	-------	-------

5 - Réponse à l'effort :

- Réponse à l'effort (cardiogramme)	// //	// //
-------------------------------------	-------	-------

III - PRATIQUES COMPLÉMENTAIRES :

1 - Réponse à l'effort :

- Réponse à l'effort (cardiogramme)	// //	// //
-------------------------------------	-------	-------

2 - Réponse à l'effort :

- Réponse à l'effort (cardiogramme)	// //	// //
-------------------------------------	-------	-------

- Réponse à l'effort (radiographie)

- Réponse à l'effort (radiographie)	// //	// //
-------------------------------------	-------	-------

- Réponse à l'effort (cardiogramme)

- Réponse à l'effort (cardiogramme)	// //	// //
-------------------------------------	-------	-------

- Réponse à l'effort (radiographie)	// //	// //
-------------------------------------	-------	-------

- Réponse à l'effort (cardiogramme)	// //	// //
-------------------------------------	-------	-------

- Réponse à l'effort (radiographie)	// //	// //
-------------------------------------	-------	-------

- Réponse à l'effort (cardiogramme)	// //	// //
-------------------------------------	-------	-------

- Réponse à l'effort (radiographie)	// //	// //
-------------------------------------	-------	-------

• Revision: 1.0 (1998)

* 1.1

* 1.2

* 1.3

• Evolution: 1.0 (1998)

* 1.1

* 1.2

* 1.3

• Evolution: 1.0 (1998)

* 1.1

* 1.2

* 1.3

* 1.4

* 1.5

1.0

1.0



INFORMATION DE LA THÈSE

Nom : CHISE

Prénom : Amadou Alassane

Titre de thèse : Approche diagnostique et thérapeutique de l'hypertension artérielle chez le sujet âgé (+0 ans et plus) au Mali

Année Universitaire : 1992-1994

Ville de soutenance : Bamako (Mali)

Pays d'origine : Mali

Dépôt : Bibliothèque de l'École Nationale de Médecine et de Pharmacie au Mali.

RESUME

Cette étude a été menée de juillet 1992 à juin 1993 à l'Hôpital Général de Point G et à l'Hôpital Charles Lyautey.

1700 patients ont été examinés de 100 patients dont 4 hommes et 96 femmes avec un âge moyen de 63 ans.

Les valeurs moyennes de la tension artérielle systolique et diastolique étaient respectivement de 153 mmHg et 92 mmHg, la fréquence cardiaque, et 137 mm de hauteur.

Les patients présentant une hypertension artérielle systolique isolée étaient 100 (5,9%), ceux présentant une hypertension artérielle diastolique isolée étaient 100 (5,9%), ceux présentant une hypertension artérielle systolique et diastolique étaient 1300 (78,2%).

Les patients souffrant de diabète sucré étaient 100 (5,9%), ceux souffrant de maladie rénale chronique étaient 100 (5,9%), ceux souffrant de maladie cardiaque étaient 1300 (78,2%).

Ces patients ont été traités par divers médicaments antihypertenseurs, diurétiques, bêta-bloquants, calcium antagonistes, etc. Les médicaments les plus utilisés étaient les diurétiques, les bêta-bloquants, les calcium antagonistes, etc.

Les patients souffrant de diabète sucré ont été traités par divers médicaments antidiabétiques, les médicaments les plus utilisés étaient les sulfonylurées, les biguanides, etc.

Les patients souffrant de maladie rénale chronique ont été traités par divers médicaments, les médicaments les plus utilisés étaient les diurétiques, les bêta-bloquants, etc.

Les patients souffrant de maladie cardiaque ont été traités par divers médicaments, les médicaments les plus utilisés étaient les bêta-bloquants, les calcium antagonistes, etc.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'accepterai jamais d'honoraires au-dessus de mon travail, je n'entreprendrai à aucun prix de solliciter d'honoraires.

À l'égard des honoraires de mes confrères, mes collègues, mes amis, je me réserve la liberté de donner à tous, dans les cas qui me seront confiés, mon entière assistance, mais je ne sollicite pas les honneurs, et à fortiori le gain.

Je ne prendrai part à aucune querelle de religion, de nation, de race, de parti ou de classe, et je m'occuperai uniquement de mon devoir et non profit.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même en la circonstance, je n'entreprendrai jamais de faire participer à la vie humaine et à la vie d'autrui, les éléments de la vie humaine.

De ceux et de celles qui me seront confiés, je n'entreprendrai jamais de divulguer, même si j'ai reçu de leur part.

Quel que soit l'usage que l'on fera de ces données, j'assume la responsabilité.

Je n'entreprendrai jamais de participer à la fabrication d'armes.