

ADVERTISING • PUBLICITÉ

Coordinator, Display Advertising
Coordonnatrice de la publicité
 Nancy Pope

Manager, Classified Advertising
Gestionnaire des annonces classées
 Beverley Kirkpatrick

Assistant Manager, Classified Advertising
Gestionnaire adjointe, annonces classées
 Deborah Rodd

613 731-9331, fax 613 523-0824

Marketing and Advertising Sales
Marketing et publicité
 Keith Health Care Inc.

Toronto	Montréal
905 278-6700	514 624-6979
800 661-5004	fax 514 624-6700
fax 905 278-4850	

All prescription drug advertisements have been cleared by the Pharmaceutical Advertising Advisory Board.

Toutes les annonces de médicaments prescrits ont été approuvées par le Conseil consultatif de publicité pharmaceutique.



All editorial matter in *CMAJ* represents the opinions of the authors and not necessarily those of the Canadian Medical Association (CMA). The CMA assumes no responsibility or liability for damages arising from any error or omission or from the use of any information or advice contained in *CMAJ* including editorials, studies, reports, letters and advertisements.

Tous les articles à caractère éditorial dans le *JAMC* représentent les opinions de leurs auteurs et n'engagent pas l'Association médicale canadienne (AMC). L'AMC décline toute responsabilité civile ou autre quant à toute erreur ou omission ou à l'usage de tout conseil ou information figurant dans le *JAMC* et les éditoriaux, études, rapports, lettres et publicités y paraissant.

**ASSOCIATION
MÉDICALE
CANADIENNE**



**CANADIAN
MEDICAL
ASSOCIATION**

President • Présidente
 Judith C. Kazimirski, MD

Secretary General • Secrétaire général
 Léo-Paul Landry, MD

Director, Professional Development
Directeur, Développement professionnel
 Stephen Prudhomme

Publications Committee • Comité des publications
 Stuart M. MacLeod, MD (Chairman/Président)

Gilles Beauchamp, MD
 R.P. Bryce Larke, MD
 Barbara P. Lent, MD
 Jonathan L. Meakins, MD
 Mark Roper, MD
 W. Grant Thompson, MD
 Ian M. Warrack, MB, ChB



Printed on recycled paper • Imprimé sur papier recyclé

English on previous page



Même si la recherche devrait nous amener à découvrir la vérité, rien ne reste vrai pour l'éternité. Les chercheurs vérifient plutôt des théories et lorsque les résultats ne concordent pas, la théorie change. Notre compréhension du lien entre la fibrillation auriculaire et l'attaque en est un exemple. Les personnes qui ont des valves mitrales normales et sont en fibrillation auriculaire — fibrillation auriculaire non valvulaire (FANV) — risquent 5 fois plus une attaque que celles qui sont en rythme sinusal. L'explication acceptée était la suivante : la stase du sang dans l'oreille gauche en fibrillation provoque la formation de caillots. Or, la stase est telle vraiment la cause? Dans ce numéro, Susan Kahn et ses collaborateurs de l'Université McGill présentent un rapport sur les résultats d'analyses sanguines détaillées effectuées sur 74 patients en FANV et démontrent l'existence d'une hypercoagulabilité humorale chez les patients en cause (page 673 et 685). Leur recherche ajoute des données probantes à celles que l'on connaissait déjà au sujet de l'existence d'un lien solide entre des concentrations élevées de facteurs hémostatiques, d'un côté, et la FANV et l'attaque, de l'autre. Seth Landefeld, de l'Université de la Californie à San Francisco, discute de l'importance de ces résultats (page 695). Des recherches dans ce domaine pourront nous permettre de repérer les patients qui présentent un plus grand risque d'attaque et, éventuellement, de mettre au point des médicaments plus spécifiques pour prévenir les attaques. Entre-temps, la thérapie à la warfarine demeure la meilleure solution et il faudrait l'envisager dans le cas de tout patient en FANV.

Il y a une vérité que les études cliniques n'ont pas réfutée : tous les médicaments ont des effets secondaires. Il y a aussi un corollaire : des effets secondaires plus rares prennent plus de temps à se manifester. Les rédacteurs du *New England Journal of Medicine* ont levé leur embargo habituel pour permet-

tre la diffusion de résultats étonnants obtenus par la clinique Mayo. On a signalé une valvulopathie dans une série de cas constituée de 24 jeunes femmes qui prenaient une combinaison d'anorexigants populaires, soit la fenfluramine et la phentermine (le «fen-phen»). Derek Boughner, de l'Université Western Ontario, signale que les caractéristiques histopathologiques des lésions valvulaires étaient semblables à celles que l'on constate dans un cas de syndrome carcinoïde (page 705). On sait que la fenfluramine inhibe la réabsorption de la sérotonine dans le cerveau et que la phentermine nuit à sa clairance pulmonaire. Les médecins devraient évaluer attentivement les femmes qui prennent ces médicaments et qui ont des symptômes cardiovasculaires.

Comme l'a dit Norman Mailer, il n'y a et n'y aura jamais rien de sûr en ce qui concerne le sexe. Howard Ovens et Joanne Permaul-Woods, de l'Université de Toronto, ont interrogé 600 médecins urgentistes de l'Ontario au sujet de leurs contacts sexuels avec des patients (page 663). Environ 9 % ont déclaré connaître un collègue urgentiste qui a eu des relations sexuelles avec un patient et 6 % ont signalé avoir eu eux-mêmes des contacts sexuels avec un patient. Est-ce acceptable? Environ les deux tiers des répondants étaient d'avis qu'un tel comportement constitue toujours un abus de pouvoir et appuient la tolérance 0. Les autres étaient d'avis qu'il pourrait être acceptable, dans un contexte non professionnel, que des médecins demandent rendez-vous à d'anciens patients.

La mort est très d'actualité. Nancy Robb traite en détail de la débâcle qui met en cause le D^r Nancy Morrison et le Centre des sciences de la santé reine Elizabeth II à Halifax (page 757). Pourquoi le D^r Morrison a-t-elle été accusée de meurtre au premier degré? Comment l'hôpital s'est-il trompé? Un examen de l'extérieur a indiqué que si l'hôpital avait signalé le décès ouvertement et rapidement, le D^r Morrison ne ferait pas face à une accusation aussi dévastatrice. — JH