

GONADOTROPINES, FACTEURS DE DÉCHARGE ET FERTILITÉ

**REPEATABILITY OF CIRCULATING LUTEINIZING HORMONE (LH) AND TESTOSTERONE RESPONSE AFTER GONADOTROPIN-RELEASING HORMONE (Gn-RH) TREATMENT IN YOUNG POSTPUBERTAL BULLS.** — M. THIBIER. *U. N. C. E. I. A., Maisons-Alfort (France)*.

Ten young bulls (52 weeks old) were injected IM with 0.25 mg GnRH twice at one month intervals. Blood samples were collected every 15 mn for 2 1/2 hours and then every hour for 5 hours, the second experimental day. LH and Testosterone were determined by Radioimmunoassay. For the gonadotrophic hormone, no variation in the time taken to reach high values, was observed. The peaks levels (ng/ml) and total responses (ng/ml/150 mn) were highly variable and repeatable (intra-bulls values). The testosterone response was somehow different from the latter and no repeatability could be seen.

**EFFECT OF THE PRESENCE OF THE MALE ON THE LH SURGE AND OVULATION IN THE EWE.** — J. P. SIGNORET. *I. N. R. A., Nouzilly (France)*.

The permanent presence of the male hastens the LH surge and ovulation by 6-8 hours and reduces markedly the duration of the sexual receptivity when compared with controls kept in sexual isolation.

In the ovariectomized ewe, the ram affects similarly the time of the LH surge resulting from a treatment with oestradiol benzoate. The median time for LH surge is  $22.06 \pm 1.05$  hrs after ODB injection in the presence of the ram and  $28.55 \pm 0.98$  hrs in sexual isolation.

This effect does not appear to be mediated by a pheromone from the male : the response of anosmic ewes is similar to the controls. The hastening of the LH surge can be obtained in limiting the action of the male within the first 10 hours of the ODB injection, that is several hours before the onset of the sexual receptivity.

**APPORT DU TEST AU LH-RH DANS LES AMÉNORRHÉES POST-PUBERTAIRES AVEC PARTICIPATION PSYCHIQUE.** — M. BRUHAT, D. BOUCHER, G. GAILLARD. *Clermont-Ferrand (France)*.

Utilisé dans plus de 25 cas, le test au LH-RH entraîne des réponses hypophysaires diverses : normales, excessives évoquant une « insuffisance hypothalamique », excessives et prolongées dans la réponse en FSH évoquant les aspects prépubertaires.

Les tableaux cliniques sont caractérisés par : l'ancienneté et les antécédents, l'hypodéveloppement génital, l'amaigrissement, le psychisme et l'anorexie, les dosages hormonaux de base.

Les tableaux évoquant l'anorexie mentale ou les aménorrhées anciennes ont, le plus fréquemment, une réponse du troisième type.

Existe-t-il dans ces processus d'aménorrhée avec participation psychique une atteinte hypothalamique puis, avec le temps, une « dédifférenciation fonctionnelle » de la cellule hypophysaire ?