



## BULLETIN D'INFORMATION N° 47 – FEV 2009

- ❏ Pour continuer à recevoir notre Bulletin, merci de nous informer d'un éventuel changement d'adresse e-mail
- ❏ Chaque mois, je vous explique sans tabou, ni jargon, votre quotidien féminin médical. Je souhaite vous aider à mieux comprendre le langage de votre corps en répondant à mille et une questions que vous vous posez, des plus simples aux plus intimes, dans les domaines les plus variés. Visitez aussi le site : [www.docteurdavidelia.com](http://www.docteurdavidelia.com)
- ❏ Retrouvez moi en vidéo et audio sur le podcast : [Cliquez Ici](#)

### Edito du Mois



#### La merveilleuse promesse des médicaments placebo

Ils ne contiennent aucune molécule pharmacologiquement active : du sérum

physiologique, de l'eau sucrée,... riche en produits inertes et pourtant.... ils « marchent »

à condition que l'on soit persuadé de leur efficacité !  
Véritables offenses à la raison et à la « science », ils contrarient les médecins en ceci qu'ils n'en comprennent pas leur action. Riches de notre enseignement universitaire et de notre esprit scientifique, nous les méprisons. Quant à nos patientes, elles en ignorent les effets positifs possibles, les assimilant le plus souvent à de stupides leurrés qui leur font offense, dans la mesure où l'on supposerait que leur plainte ne serait que « dans leur tête ».  
Pourtant force est d'accepter que la « suggestion » puisse se révéler véritablement thérapeutique, au sens scientifique du terme. Placebo, hypnose, méthode du pharmacien Emile Coué même combat !  
Lorsqu' après de longues années de recherches sur une molécule un laboratoire pharmaceutique décide qu'il est temps de prouver définitivement son efficacité, il procède à une étude humaine comparant les vertus thérapeutiques de cette molécule avec celles de « Rien », c'est-à-dire d'un placebo. Et alors... l'in vraisemblable, le surréaliste survient à tous les coups, le placebo objective, contre toute attente au minimum 30% d'efficacité : 1/3 des individus constatent donc une amélioration de leur symptômes ou de leur maladies après l'administration de ... « Rien » !  
Plus, la voie d'administration de « Rien » joue un rôle : les gélules sont plus efficaces que les comprimés, les injections plus que la voie orale, la chirurgie plus que les médicaments. Les mécanismes d'action du « Rien » sont certes suspectés mais ils sont loin d'être élucidés. Pourtant, nous savons d'ores et déjà que les placebos agissent de façon très mesurable : leur administration entraîne des modifications biologiques bien concrètes dans l'organisme  
Investigateur de l'Etude DHEâge (administration à 280 volontaires de DHEA versus placebo en double aveugle), ne fus-je pas stupéfait de constater que les sujets placebos montraient une augmentation significative de leurs Igf1 par rapport à l'inclusion !  
Ce qui est sur : cela passe bien par la tête ! Ce sont en fait les systèmes opioïdes et dopaminergiques, l'activation des structures cérébrales comme le gyrus cingulaire, le cortex préfrontal, dorsolatéral et les ganglions de la base (\*) qui sont ici en jeu.  
De multiples observations nous laissent à penser que la suggestion est ici fondamentale. Par exemple, la conviction et l'attente d'un résultat favorable du parkinsonien, après

absorption d'une substance placebo supposée active anticipe la récompense en libérant de la dopamine et déclenche alors un effet bénéfique.

Ou encore, en utilisant le PET-scan, l'imagerie cérébrale montre une activation des récepteurs opioïdes du cortex préfrontal dorso latéral après administration d'un placebo présenté comme un médicament particulièrement actif contre la douleur.

N'oublions pas aussi que nous les médecins, nous sommes nous-mêmes des placebos ! Notre position dominante de « celui qui sait », notre conviction, agissent comme une véritable force de suggestion positive (ou négative, c'est aussi l'effet nocebo, si nous annonçons des catastrophes).

« *Le médicament de beaucoup le plus utilisé en médecine générale est le médecin lui même* », affirme Balint dès 1966.

Oui : **Comment** prescrire est tout aussi important que **quoi prescrire** ! La conviction du thérapeute, sa mimique, sa façon de rédiger et de donner l'ordonnance, l'annonce des effets attendus et du délai d'action, autant d'éléments qui participent aussi bien d'un effet placebo qu'éventuellement nocebo.

Alors la grande question : devons nous prescrire des placebos ? Je réponds avec force **OUI mais** ... à l'unique condition que nous ne disposions pas de **vrais médicaments actifs** sans effets secondaires notables pour traiter notre patiente.

Car pourquoi s'interdire le « risque » de la soulager ?

Le seul scandale serait de prescrire un placebo en lieu et place d'un médicament ayant prouvé une efficacité largement supérieure à lui.

Le problème est que cela suppose un **MENSONGE** délibéré, en contradiction avec notre déontologie : ne devons nous pas en effet une information éclairée à nos patientes ?

Pourtant, si nous voulons que le placebo « marche » il est important au contraire que nous le parions de toutes les vertus, que nous fassions ce qu'on nomme un « pieux mensonge » ! Cependant, s'agit-il vraiment d'un mensonge si je dis « vous irez mieux » en pensant qu'il y a réellement de bonnes chances d'amélioration ? -Pas si simple !

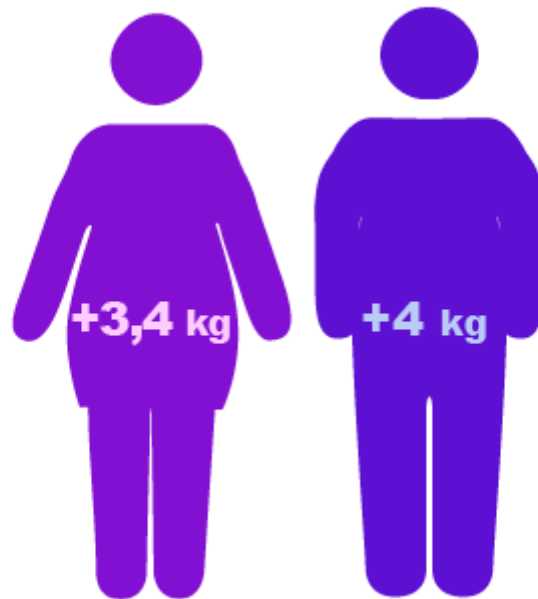
L'action pharmacologique des placebos reste aujourd'hui une énigme. Nul ne doute que bien avant la fin de ce siècle nous aurons élucidé beaucoup de leurs mystères. Il nous reste définitivement à comprendre comment notre cerveau peut être invité, après activation de certaines de ses structures corticales et sous corticales, à sécréter ses propres « substances thérapeutiques ». Dès lors, en exacerbant, en

**potentialisant** ces mécanismes, afin d'obtenir une réponse non pas seulement chez 30% mais pour la majorité des individus, on peut espérer créer une génération de médicaments totalement innovante.

Quelle merveilleuse promesse thérapeutique !

*\*Oken BS : Placebo effects: clinical aspects and neurobiology. Brain (2008), 131, 2812-2823*

## Vous et Votre Poids



### Vous ne voulez pas grossir à la ménopause : un peu de diététique

Vous avez grossi. Ces kilos supplémentaires trouvent deux explications. D'abord votre situation hormonale : la préménopause se caractérise par un manque presque total de progestérone ; votre organisme se trouve donc soumis à la seule action des estrogènes qui, par nature, ont plutôt tendance à vous faire gonfler car ils favorisent la rétention d'eau et de sel dans les tissus. La seconde explication

à cette prise de poids tient dans le fait que c'est une période de la vie où l'on se trouve déprimée, angoissée, un petit peu désorientée par ces bouleversements, et il n'est pas rare que l'on réagisse à cette angoisse en mangeant un peu plus qu'il ne conviendrait des plats dont la teneur calorique est souvent excessive.

### La solution pour freiner cette prise de poids?

Elle est d'abord médicale et passe par la prescription d'hormones progestatives qui viennent contrebalancer avec bénéfice l'effet gonflant des estrogènes. Elle relève aussi du domaine de la simple hygiène alimentaire. Il n'est pas inutile à cet

âge de la vie d'acquérir une certaine connaissance diététique qui vous permette d'éviter des erreurs préjudiciables à votre silhouette ! Un régime ? Non, mais le respect de quelques bons principes tels que : moins d'aliments gras et sucrés, plus de protéines

(lait, fromages, oeufs, viandes, poissons), de salades et de légumes verts.  
Mais attention ! un régime alimentaire doit être équilibré et dosé selon les besoins et le mode de vie de chacun. Aussi n'est-il pas inutile de Une bonne hygiène de vie (sport, marche, gymnastique, bicyclette, natation) alliée à une hygiène alimentaire raisonnable vous permettront de bien vieillir ; enfin n'oubliez pas

se faire aider et conseiller par une diététicienne. Ne vous jetez pas sur la dernière idée à la mode, ni sur des médicaments (coupe-faim, diurétiques ou autres). Mangez mieux : cela suffira.  
les cures thermales, la thalassothérapie ou les forfaits spécialement adaptés à ce problème de certaines villes d'eau.

## Existe-t-il une relation entre l'âge des premières règles et la ménopause ?



Sans doute avez-vous entendu dire ici ou là que si une femme était formée très jeune elle verrait ses règles s'arrêter très tôt. Eh bien, sachez qu'il n'y a aucune base scientifique à ce genre de croyance. Ce n'est pas parce qu'on a eu ses premières règles très tôt qu'on

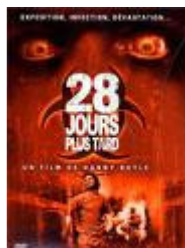
aura une ménopause précoce. Il n'y a aucune corrélation entre l'âge de la puberté et la ménopause. La seule chose qu'on puisse dire est que ces deux phénomènes sexuels semblent être liés à un facteur d'ordre racial et héréditaire.

## Qu'appelle-t-on cycle menstruel ?

Par définition, le cycle menstruel commence le 1er jour des règles et se termine au 1er jour

des règles suivantes. La durée moyenne du cycle est de vingt-huit à trente jours.

## Pourquoi un cycle de vingt-huit jours ?



Pourquoi êtes-vous « soumise » de nature à un cycle de vingt-huit jours? Pourquoi pas cinquante jours, ou trois mois, ou six mois comme les chiennes ? Il est vrai que le rythme fait partie des mystères de la vie : pourquoi y a-t-il un cycle lunaire bien défini ? Pourquoi le cœur de l'homme a-t-il 70 battements à la minute ? Pourquoi l'année a-t-elle 365 jours? Questions sans réponses !  
La seule que l'on puisse donner à propos du cycle féminin est celle-ci : c'est l'activité cyclique de l'hypothalamus qui détermine la

durée du cycle féminin. Car, nous l'avons vu, l'hypothalamus (partie du cerveau située à la base du crâne) régit tout ce qui est important dans le corps, la vie, la personnalité. De lui partent tous les ordres. C'est la mémoire et l'inconscient. Un exemple : vous venez d'avoir une forte déception que vous essayez de masquer, d'enfourer, de surmonter (parce que votre amour propre n'a pas envie de souffrir). Vous y arriverez peut-être, mais l'hypothalamus, lui, à qui rien n'échappe, a enregistré la notion « déception »... et peut-être s'en souviendra-t-il

plus longtemps que vous !  
Donc l'hypothalamus est le grand maître de la situation intérieure ; donne des ordres à tout le monde, dans son langage à lui, qui est un langage hormonal. Les ordres sont donnés et recueillis (pour la question qui nous concerne) par la glande hypophyse qui les répercute sur les ovaires. Et ceux-ci à leur tour font exécuter la commande centrale, qui est : fabriquer les hormones sexuelles femelles (estrogènes et

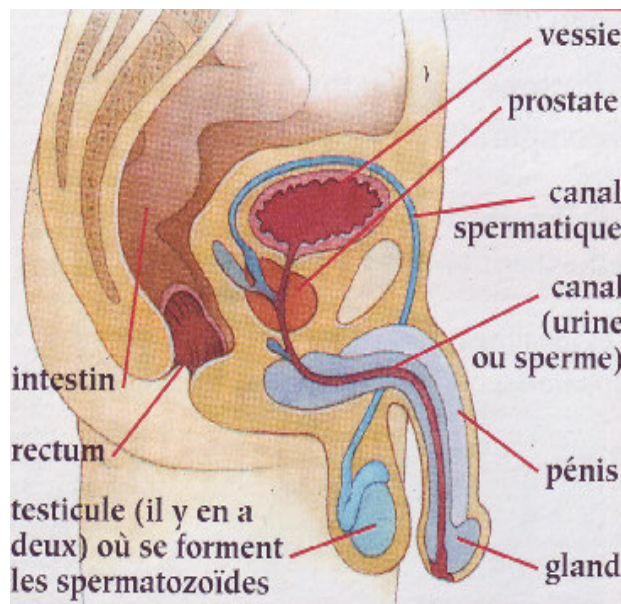
progestérone) et pondre un ovule mensuel. Or, nous l'avons dit, l'activité de l'hypothalamus est cyclique. Si l'ovulation a lieu le 14ème jour du cycle, s'il y a production de progestérone à un certain moment de ce cycle et pas à un autre, c'est que l'hypothalamus en a décidé ainsi, c'est qu'il a été, lui, programmé de cette façon, suivant un rythme vital dont - répétons-le - nous ne savons pas (... ou pas encore) le pourquoi.

## Pourquoi ces différences de durée selon les femmes et les cycles ?

Certaines femmes ont des règles plutôt abondantes, qui s'étalent largement sur cinq jours ; d'autres voient leurs « ennuis » résorbés en trois ou même deux jours. Et toutes ont pu constater par ailleurs des différences notables selon les cycles. Cela tient essentiellement au fait que la muqueuse utérine n'est pas toujours préparée de la même manière et qu'elle se trouve, au moment où le cycle s'achève, plus ou moins riche et plus ou moins épaisse. Si elle a été très peu préparée, les règles durent très peu de temps

(un ou deux jours suffisent à l'expulser), mais une muqueuse « normalement » préparée induit des règles de durée normale, c'est-à-dire de trois à cinq jours. On comprend que la desquamation de cette muqueuse (qui a pris des proportions relativement importantes) ne peut se faire de manière brutale, d'un seul coup. Au contraire, chaque territoire, chaque « coin » de muqueuse desquame à son heure, petit à petit. Il se trouve qu'il faut un laps de temps d'à peu près cinq jours à l'organisme pour mener cette opération à bonne fin.

## Les hommes sont-ils soumis, eux aussi, à un cycle sexuel ?



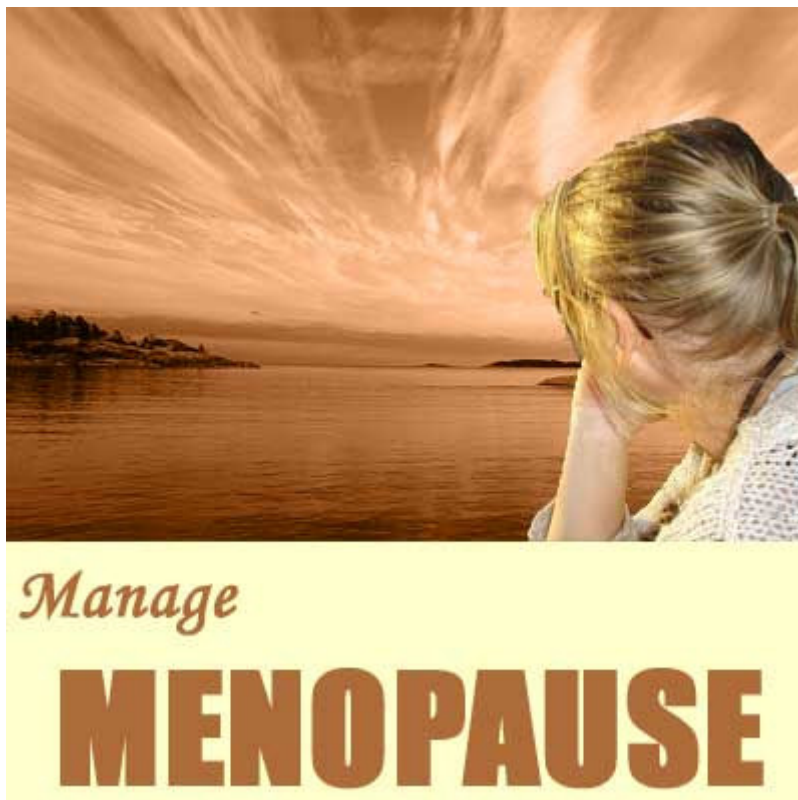
C'est une question que l'on a pu se poser. Mais, vraisemblablement, il n'existe aucun parallèle masculin au cycle mensuel des femmes. En matière de rythme biologique, on sait que la production des spermatozoïdes demande environ trois mois. Les hormones

mâles subissent, certes, des fluctuations d'intensité selon l'heure et le moment de la journée, mais il semble bien qu'hormones et spermatozoïdes soient produits de façon permanente, de la puberté jusqu'à la mort. Le conditionnement cyclique féminin apparaît

donc comme une incontestable spécificité. Cela dit, rien n'empêche de penser que les hommes puissent être soumis à un certain rythme sexuel. Mais, disons que, s'il existe, il

n'est guère évident ! Aussi force est d'admettre que, jusqu'à ce jour, aucun argument bien sérieux n'est venu étayer cette hypothèse.

## Ménopause



### Prévenir la ménopause ? Non !

Il y a prévention et prévention ! Prévenir une maladie, oui, c'est possible, et même souhaitable ! Mais il est impossible de prévenir la ménopause. On ne peut ni l'avancer ni la retarder. Il s'agit, vous l'avez compris, d'événements physiologiques qui doivent être vécus à leur heure ! Inutile, donc, de vous précipiter chez votre médecin prématurément

sous prétexte que vous sentez arriver les troubles de la ménopause. Il est probable qu'il vous répondra : « Attendez les premiers signes de la préménopause. Alors seulement il sera temps de se pencher sur ce problème et de vous soulager. » Car cela, la médecine peut le faire.

Ainsi, à 45 ans, si vous avez les seins gonflés,

des ballonnements abdominaux, des cycles irréguliers et une petite tendance à la déprime, on vous prescrit de la progestérone. Puis, au fur et à mesure que les troubles se singularisent (bouffées de chaleur, perturbation des cycles), les traitements successifs seront mis en place, en particulier les estrogènes qui

seront prescrits en addition aux progestatifs, tout d'abord à petite dose, puis à dose croissante, puis à dose définitivement stable au fur et à mesure que la ménopause s'installera (c'est-à-dire que les ovaires se seront définitivement arrêtés de fonctionner, donc de produire des estrogènes).

## **Que faire devant les irrégularités menstruelles de la périménopause ?**

Il existe plusieurs moyens thérapeutiques :

- Les progestatifs seuls, qui peuvent être administrés sous forme de comprimés, la plupart du temps du 16<sup>e</sup> au 25<sup>e</sup> jour du cycle, parfois plus - du 12<sup>e</sup> au 25<sup>e</sup> jour, du 10<sup>e</sup> au 25<sup>e</sup>, voire du 5<sup>e</sup> au 25<sup>e</sup> (ceci étant la dose maximale).
- Selon les cas et « à la demande », le médecin pourra être amené à prescrire des estrogènes à petite ou moyenne dose, ou à dose complète, selon les signes de carence estrogénique qui se manifestent. Ces signes sont souvent très fugaces, et la prescription d'estrogènes doit être arrêtée dès que les ovaires se remettent à fonctionner, ce qui se manifeste par les signes classiques :

ballonnements, gonflement des seins. Dans ce cas, on continuera le traitement progestatif seul. On sait que, selon les doses, ces comprimés sont contraceptifs ou ne le sont pas (si l'on force la dose progestative, on a une contraception valable), mais ils ont surtout pour effet de régulariser les cycles et d'apporter à l'organisme sa dose de progestérone.

- Les estro-progestatifs, type minipilule. Ils compensent la déficience en estrogènes et en progestérone et induisent des cycles artificiels de vingt-huit jours, en assurant une protection complète contraceptive, ce qui n'est pas négligeable.

## **Le stérilet empêche-t-il de prescrire de la progestérone ?**

Le stérilet constitue un moyen de contraception tout à fait appréciable à cette période de votre vie, mais il ne saurait suffire à votre confort. Sachez dans ce cas que rien ne

s'oppose à l'adjonction d'un traitement progestatif qui compense votre insuffisance en progestérone.

## **Ce manque de progestérone est-il donc si gênant ?**

Dites-vous que tous les troubles dont vous commencez à souffrir (gonflements, ballonnements, petite dépression, prise de poids) sont dus au manque de progestérone. Cette carence progestéronique est même le premier signe de la préménopause. Pourquoi ? Tout simplement parce que la production de progestérone est liée à l'ovulation et que, à partir d'un certain âge (40 ans parfois), les ovaires pondent de moins en moins régulièrement et qu'ils continuent à sécréter des estrogènes en quantité tout à fait variable, ce qui rend l'alimentation hormonale totalement déséquilibrée. Résultat : l'action excitante des estrogènes n'est plus tempérée

par celle de la progestérone, ce qui provoque un malaise semblable au syndrome prémenstruel. Il est certain que plus on approche de la ménopause et plus cette carence devient nette, du fait de l'épuisement progressif des ovaires. Le traitement le plus efficace reste bien sûr les comprimés de progestérone pris, soit tout le cycle, soit du 16<sup>e</sup> au 28<sup>e</sup> jour du cycle. Un autre choix thérapeutique : la micropilule (il s'agit de progestatifs purs minidosés). Elle doit malgré tout rester l'exception dans la mesure où elle n'est pas parfaitement adaptée à cette situation.

## **Pourquoi le traitement à la progestérone est excellent ?**

Il semble très bénéfique de donner de la

progestérone au moment de la préménopause,

et même à partir du moment où les premiers signes d'insuffisance progestéronique se font sentir. Vous savez maintenant qu'avec un traitement très simple, vous êtes soulagée des troubles (gonflements, ballonnements, tension des seins) qui vous gênaient. Mais, chose plus importante encore, sachez que la progestérone constitue un très bon traitement protecteur contre le cancer. Il semble bien en

effet que l'éclosion des cancers du sein ou de l'utérus à cette époque de la vie soit très favorisée par le fait que les estrogènes sont seuls à travailler sur votre organisme. L'administration de progestérone est donc recommandée, afin de contrebalancer l'influence un peu anarchique et inquiétante des estrogènes.

## Du Côté des Mamans

### La stérilité



#### À partir de quand peut-on commencer à parler de stérilité ?

En France, il est établi que l'on parle de stérilité lorsque deux ans se sont écoulés - chez un couple désireux d'avoir un enfant - sans que la mise en route d'une grossesse soit intervenue. Les résultats sont les suivants - 20 % des couples sont féconds dès le premier mois; -- 70 % dans les six premiers mois

- 10 % restent inféconds. Cela dit, et bien que la stérilité reste définie par une infécondité de deux ans, il arrive très souvent aujourd'hui - chez un couple ayant une fréquence de rapports normale (une à deux fois par semaine) - que les investigations soient entreprises dès la première année d'infécondité.

#### A partir de quand faut-il consulter ?





Consulter est toujours conseillé... et souhaitable. Mais il est sans doute excessif de vous précipiter dès le 6ème mois d'impatience sur la grande batterie d'examens, ceux-ci étant souvent coûteux, compliqués et inutiles. Vous pouvez en revanche dès ce 6ème mois commencer « en douceur » les investigations par des examens plus simples, qui viendront confirmer ou non les doutes que vous avez. Sachez en tout cas choisir votre médecin, et essayez de ne plus le quitter. Cet homme - ou cette femme - va jouer un grand rôle dans votre vie : donnez-lui toute votre confiance, et même si possible toute votre sympathie. N'oubliez pas que la guérison d'un couple stérile demande parfois des mois ou des années : ne vous découragez pas, et ne l'accusez pas - a priori - de ne pas « trouver » ! Il est impensable qu'une femme vienne seule à

une consultation de stérilité ! C'est un couple que le médecin va « traiter » et c'est un véritable trio qui va faire front au problème exposé. Un trio qui doit obligatoirement fonctionner en termes de confiance et de compréhension. Vous devez parler à votre médecin, et lui doit vous expliquer ce qu'il pense de votre cas, ce qu'il envisage de faire et ce que vous êtes en mesure d'espérer. Il le fera en toute humilité... car il est le premier à savoir que la médecine, hélas ! n'est pas toute-puissante ! Il vous engagera sans doute à la patience, car la stérilité peut avoir des causes complexes qu'il peut ne pas découvrir ni guérir immédiatement. Mais soyez assurée qu'il mettra à votre service une technicité rigoureuse qui - seule - peut garantir le succès médical de votre entreprise.

### **Qu'appelle-t-on stérilités « primaire » et « secondaire » ?**

La médecine qualifie une stérilité de primaire si la femme n'a jamais été enceinte et de

secondaire si elle l'a déjà été, qu'un enfant soit ou non né de cette grossesse.

### **La première consultation : comment se passe-t-elle ?**



Elle commence la plupart du temps par un interrogatoire très complet sur votre « comportement » gynécologique : âge des premières règles, du cycle, durée des règles (sont-elles douloureuses ? depuis quand ?) ; les rapports sexuels (sont-ils agréables, douloureux, ou subis dans l'indifférence? leur

fréquence s'est-elle modifiée depuis peu ?), les jours qui précèdent les règles se passent-ils bien ? Avez-vous eu des absences de règles dans une période de votre vie ?

On vous demande aussi si vous avez utilisé une méthode de contraception, et laquelle ; si vous avez déjà été enceinte, si vous avez fait

des fausses couches, si vous avez avorté. Toutes les modifications possibles de votre cycle sont notées si vous avez eu des accidents obstétricaux. Vous devez également parler de vos éventuelles petites « misères » gynécologiques (pertes, inflammations, démangeaisons, etc.), donner des renseignements d'ordre général (vaccin par le BCG, maladies particulières, antécédents familiaux). Enfin, il est nécessaire de donner le nom des médicaments que (peut-être) vous avez déjà pris depuis que vous cherchez à être enceinte, la manière dont ils ont été prescrits et les résultats, ainsi que les examens que vous avez déjà subis. Tous ces renseignements constituent un véritable dossier où chaque pièce doit venir contribuer au succès final. Il n'est d'ailleurs pas

inutile que vous-même établissiez votre propre dossier avec les doubles de chaque médication reçue, la date et la nature de chaque examen subi, assortis de leurs résultats, ainsi que les doubles de vos feuilles de température.

Ajoutons que « l'interrogatoire » de cette première consultation ne saurait être complet ni satisfaisant s'il n'était suivi d'une conversation approfondie sur votre état psychologique et affectif, ainsi que sur les raisons qui vous font désirer un enfant. Enfin, cette investigation terminée, l'examen gynécologique peut commencer. Il est très complet : examen du col et frottis ; examen de l'utérus, des trompes, des ovaires ; palpation des seins. Et, soyez rassurée, c'est tout pour cette première visite.

## Les hommes aussi



Il va de soi que le partenaire masculin doit être soumis à un « interrogatoire » tout aussi « fouillé », et il n'est pas question d'éluder quoi que ce soit sous prétexte qu'on ne parle pas « de ces choses-là »... Il faut au contraire en parler !

Après avoir fait le tour des questions médicales d'ordre général (maladies, antécédents familiaux), le médecin passe à l'enquête génitale proprement dite : à quel âge les premières émissions de sperme ? Le patient a-t-il contracté une maladie vénérienne ? A-t-il eu les oreillons après la puberté ? A-t-il été opéré d'une hernie, au niveau des testicules ou des voies urinaires ? D'autres éléments sont précisés : combien de rapports sexuels par semaine ? Le patient souffre-t-il de troubles d'érection, d'éjaculation précoce ? Le médecin se renseigne également sur le niveau de fécondité de la famille et sur quelques autres détails, par exemple : combien de cigarettes par jour ? L'enquête peut même aller jusqu'à inventorier le genre de profession exercée, certaines d'entre elles (boulangerie, métallurgie, etc.), en surexposant les hommes à la chaleur, pouvant être prises en compte dans les causes de la stérilité. La constitution d'un véritable dossier est aussi importante que pour la femme. Celui-ci doit prendre note de tous les examens subis, de

tous les traitements suivis et des résultats obtenus, avec - si possible - les dates. Vient ensuite l'examen de l'appareil génital. Le médecin note l'aspect des bourses et de la verge, vérifie également que les testicules sont en place. Il en évalue le volume et la consistance, puis il essaie de détecter les canaux déférents, afin de noter leurs éventuelles anomalies. Enfin, il recherche la présence possible de varices au niveau des testicules : ces dilatations veineuses - que l'on désigne sous le nom de varicocèle - sont en effet la cause d'un certain nombre de stérilités masculines.

Le second temps de l'examen est en général bien peu agréable aux hommes : il s'agit de toucher rectal. Comme pour le toucher vaginal en gynécologie, la décontraction est hautement recommandée, tant pour le confort du patient que pour l'aisance du geste ! Le toucher rectal n'est pas un viol ! Il consiste à introduire l'index (recouvert d'un doigtier enduit de vaseline) dans l'anus afin d'explorer et d'apprécier l'état de la prostate. Cela fait, l'examen peut être considéré comme terminé. Nous souhaiterions qu'il soit suivi de quelques mises au point « viriles » en ce qui concerne la manière dont les hommes, à tort, vivent leur stérilité. Un médecin avisé devrait dire à cet homme inquiet : « Monsieur, cessez donc de

confondre fonction reproductrice et puissance sexuelle ! Sachez qu'il est des hommes féconds qui ont des troubles de l'érection et de l'éjaculation et d'autres qui se croient de véritables don Juan sans un seul spermatozoïde dans leur sperme ! Cela n'a rien à voir ! On ne mesure pas la qualité d'un amant à sa fécondité ! Alors, décontractez-

vous. Votre femme ne vous juge pas en ces termes. Ce qu'elle attend de vous 'aujourd'hui, c'est la même patience et la même simplicité qu'elle est disposée à mettre dans cette entreprise... » Car tout cela sera peut-être long et difficile. On ne guérit pas une stérilité comme on soigne un rhume.



Pour obtenir un renseignement sur le fonctionnement de la consultation qui a lieu uniquement sur Rendez-vous, contactez Sylvie YACOB son Assistante, du Lundi au Vendredi de 10 heures à 18 heures 30.

Tél. : [01.42.27.16.87](tel:01.42.27.16.87) ou [01.42.27.71.16](tel:01.42.27.71.16)

Fax : 01.47.63.79.91

Mail de Sylvie Yacob : [docteurdavidelia@aol.com](mailto:docteurdavidelia@aol.com)

**Docteur David ELIA**

**2, rue de Phalsbourg-75017 PARIS – Métro : Monceau**

