Sommaire

1. Avant propos 4
2. La nature de l'obésité 5
2.1 L'obésité, un désordre....5
2.2 L'histoire de l'obésité....6
2.3 L'importance des repas réguliers 6
2.4 Trois types de gras....6
2.5 L'injustice de l'obésité 7
2.6 Théories glandulaires 7
2.7 Le Diencéphale ou Hypothalamus 8
2.8 La Banque de Graisses 9
3. Trois causes principales de l'obésité 9
3.1 Le facteur hérité 9
3.2 Autres troubles diencéphaliques....9
3.3 L'épuisement de la Banque de Graisse 10
3.4 Aspects psychologiques 11
3.5 Alimentation compulsive 11
3.6 Réticence à perdre du poids....11
3.7 Pas seulement par le poids....12
3.8 Les signes et symptômes de l'obésité 12
3.9 La femme maigre 13
3.10 Gros mais pas obèse 13
4. Le traitement de l'obésité 14
4.1 Une observation curieuse 14
4.2 Graisse en mouvement 14
4.3 Grossesse et obésité....15
4.4 La nature de la gonadotrophine chorionique humaine 16
4.5 Les véritables gonadotrophines 16
4.6 HCG n'est pas une hormone sexuelle 17
4.7 Importance et puissance de l'HCG 17
4.8 Troubles de complication 17
4.9 Diabète 17
4.10 Rhumatisme....18
4.11 Cholestérol 18
4.12 Goutte....19

4.13 Pression artérielle 19
4.14 Ulcères peptiques 19
4.15 Psoriasis, ongles, cheveux, ulcères variqueux 19
4.16 L'Homme "enceinte" 20
5. TECHNIQUE 20
5.1 Avertissements 20
5.2 Anamnèse 21
5.3 La durée du traitement 21
5.4 Immunité aux HCG 22
5.5 Menstruation 22
5.6 Administrations supplémentaires 23
5.7 Conditions qui doivent être acceptées avant le traitement 23
5.8 L'examen du patient 23
5.9 Gain avant perte 24
5.10 Commencer le traitement 24
5.11 Le régime 25
5.12 Les calories 26
5.13 Les végétariens 27
5.14 Suivre un régime imparfait 27
5.15 Vitamines et anémie 27
5.16 Les premiers jours de traitement 27
5.17 Les fluctuations de la perte de poids 28
5.18 Interruptions de la perte de poids 28
5.18.1 Le Plateau 28
5.18.2 Atteindre un niveau antérieur 29
5.19 Interruption menstruelle 29
5.20 Les erreurs alimentaires 29
5.21 Sel et réduction 30
5.22 Eau 30
5.23 Constipation 30
5.24 Enquête sur les erreurs alimentaires 30
5.25 Menteurs et Imbéciles 31
5.26 Produits de beauté 31
5.27 La Voix 32
5.28 D'autres raisons pour un gain 32
5.29 Médicaments réduisant l'appétit 33
5.30 Les interruptions imprévues de traitement 33

5.31 Fatigue musculaire 33
5.32 Massage....34
5.33 Niveau de sucre dans le sang....34
5.34 Le ratio de kilos/centimètres 35
5.35 Préparation de la solution....35
5.36 L'injection....36
5.37 Fibromes....36
5.38 Les calculs biliaires 36
5.39 Le cœur....37
5.40 Occlusion coronaire....37
5.41 Les dents et les vitamines....37
5.42 Alcool....37
5.43 Tuberculose....37
5.44 Le talon douloureux 38
5.45 Le patient sceptique....38
5.46 La conclusion d'un traitement....39
5.47 Sauter un repas 39
5.48 Perdre plus de poids 39
5.49 Problème après le traitement 39
5.50 Méfiez-vous des personnes trop enthousiastes....40
5.51 La carence en protéines 40
5.52 Les rechutes....41
5.53 Plan d'un traitement normal....41

6 CONCLUSION 41
GLOSSAIRE 42

1. Avant propos

Ce livre traite d'une nouvelle interprétation de la nature de l'obésité, et s'il ne préconise pas un autre régime minceur fantaisiste, il décrit une méthode de traitement qui a évolué grâce à des considérations théoriques basées sur l'observation clinique.

Ce que je cherche à dire est une essence de vues distillées sur quarante années aux prises avec les problèmes fondamentaux de l'obésité, ses causes, ses symptômes, sa nature même. Pendant ces nombreuses années de travail spécialisé, des milliers de cas ont passé par mes mains et ont été soigneusement étudiés. Chaque nouvelle théorie, chaque nouvelle méthode, chaque piste prometteuse a été considérée, examiné de façon expérimentale et évaluée de façon critique dès qu'elle est devenue connue. Mais invariablement les résultats ont été décevants et ont manqué d'uniformité.

J'ai senti que nous grignotions à peine la périphérie d'un grand problème comme la plupart des gens qui étudiaient la surcharge pondérale. Nous sommes maintenant relativement sûrs que la tendance à accumuler de la graisse anormale est un trouble métabolique très précis, un peu comme le diabète par exemple. Pourtant, la localisation et la nature de ce trouble sont restées un mystère. Chaque nouvelle approche semblait mener à une impasse et si les patients ont été informés qu'ils sont gros parce qu'ils mangent trop, nous pensons que ce n'est ni la vérité, ni le dernier mot en la matière.

Refusant d'être dévié par une interprétation trop facile de l'obésité, j'ai toujours considéré que la suralimentation est le résultat de la maladie, pas sa cause, et que nous ne pouvons faire que peu de progrès jusqu'à ce que nous puissions nous construire une sorte de structure théorique avec laquelle expliquer la condition. Qu'une telle structure représente ou non la vérité n'est pas important à ce stade. Son but est de nous donner une interprétation satisfaisante intellectuellement de ce qui se passe dans le corps obèse. Elle doit également être en mesure de résister à l'assaut de tous les faits cliniques connus jusqu'à présent et fournir une base solide sur laquelle les résultats du traitement peuvent être évalués avec précision.

Pour moi, cette exigence semble de base et a toujours été au centre de mon intérêt. Dans les rapports avec les patients obèses, c'est devenu une habitude que d'inscrire et de considérer chaque expérience clinique comme s'il s'agissait d'un morceau de puzzle étrange. Et puis, comme dans un puzzle, de petits groupes de fragments ont commencé à se former mais ils ne semblaient tenir nulle part. Alors que les années ont passé, ces groupes sont devenus plus grands et ont commencé à fusionner jusqu'à ce que, il y a seize ans environ, une image complète soit légèrement visible. Cette image a été et est encore parsemée de lacunes pour lesquelles je ne peux pas trouver les pièces, mais je sens maintenant que la structure théorique est visible dans son ensemble.

Avec l'expérience accumulée de plus en plus de faits semblaient s'adapter parfaitement dans le nouveau cadre et lorsqu'un traitement basé sur ces spéculations avait montré des résultats satisfaisants, j'étais sûr que certains progrès réels avaient été accomplis, indépendamment du fait que l'interprétation théorique de ces résultats soit correcte ou non.

Les résultats cliniques de ce nouveau traitement ont été publiés dans une revue scientifique et ces rapports ont été généralement bien accueillis par la profession, mais la nature même d'un article scientifique ne permet pas la présentation complète de nouveaux concepts théoriques ni d'être la place pour discuter des subtilités de la technique et des raisons de l'observation.

Pendant les 16 années qui se sont écoulées depuis la première publication de mes conclusions, j'ai eu plusieurs centaines de demandes des instituts de recherche, de médecins et de patients. Jusqu'à présent, je ne pouvais que référer ceux qui s'intéressaient à mes articles scientifiques, mais j'ai réalisé que ceux-ci ne contiennent pas suffisamment d'informations pour permettre aux médecins d'appliquer le nouveau traitement de manière satisfaisante. Ceux qui ont essayé ont été obligés d'acquérir leur propre expérience à travers les nombreux essais et erreurs que j'ai depuis longtemps surmontées.

Des médecins du monde entier sont venus en Italie pour étudier la méthode sur place dans ma clinique de l'hôpital international Mutidi Salvator à Rome. Pour certains d'entre eux le temps qu'ils pouvaient rester a été trop court pour obtenir une compréhension

complète de la technique. En tout état de cause, le nombre de ceux que j'ai pu rencontrer personnellement est faible par rapport aux nombreuses demandes pour obtenir des informations plus détaillées qui ont continué à venir. J'ai essayé de suivre ces demandes par correspondance mais le volume de ce travail est devenu ingérable et c'est une raison pour écrire ce livre.

En traitant un trouble dans lequel le patient doit prendre une part active dans le traitement, je crois qu'il est essentiel qu'il ou elle ait une compréhension de ce qui est fait et pourquoi. C'est seulement alors qu'il peut y avoir une coopération intelligente entre le médecin et le patient. Afin d'éviter d'écrire deux livres, l'un pour le médecin et l'autre pour le patient - une perspective qui aurait probablement abouti à aucun livre du tout-j'ai tenté de répondre aux deux exigences à la fois dans un seul livre. C'est une entreprise assez difficile que je peux ne pas avoir réussi. L'expert peut se plaindre que je m'éternise tandis que le lecteur lambda peut parfois avoir à rechercher un mot inconnu dans le glossaire prévu pour lui.

Pour rendre le texte plus lisible, je ferais preuve d'autorité sans vergogne et éviterais toutes les opérations de couverture et d'hésitations avec lesquelles il est habituellement d'exprimer de nouveaux concepts scientifiques développés à partir de l'expérience clinique et non encore confirmés par des expériences de laboratoire claires. Ainsi lorsque je fais une déclaration de fait, le lecteur professionnel peut avoir à traduire en: l'expérience clinique semble indiquer que telle ou telle observation pourrait provisoirement être expliqué par telle ou telle hypothèse de travail, ce qui nécessite une grande quantité d'autres recherches avant que l'hypothèse puisse être considérée comme une théorie valide. Si nous pouvons d'emblée établir cela comme une convention mutuellement acceptée, j'espère éviter d'être accusé d'exubérance spéculative.

2. La nature de l'obésité

2.1 L'obésité, un désordre

Comme base de notre discussion, nous postulons que l'obésité dans toutes ses formes est due à un fonctionnement anormal d'une partie du corps et que chaque gramme de graisse anormalement accumulée est toujours le résultat de la même maladie de certains mécanismes de régulation. Les personnes souffrant de ce trouble particulier grossiront qu'ils mangent trop, normalement ou moins que la normale. Une personne sans la maladie ne sera jamais grosse même s'il mange trop fréquemment.

Ceux chez qui la maladie est sévère accumuleront de la graisse très rapidement, ceux chez qui elle est modérée augmenteront graduellement leur poids et ceux chez qui elle est légère seront en mesure de garder leur excès de poids stationnaire pendant de longues périodes. Dans tous ces cas, une perte de poids induite par un régime, les traitements avec la thyroïde, les médicaments réduisant l'appétit, les laxatifs, les exercices violents, les massages, les bains n'est que temporaire et ce poids sera repris rapidement dès que le régime sera relâché. La raison est simplement qu'aucune de ces mesures corrigent le trouble de base.

Bien qu'il existe de grandes variations dans la sévérité de l'obésité, nous considérons toutes les différentes formes, pour les deux sexes et tous les âges, comme étant toujours la conséquence de la même maladie. Les variations de forme seraient alors en partie une question de degré, en partie une constitution physique héritée et en partie le résultat d'une participation secondaire des glandes endocrines telles que l'hypophyse, la thyroïde, les glandes surrénales ou les glandes sexuelles. D'autre part, nous postulons qu'aucune carence de l'une de ces glandes ne peut directement produire la maladie commune connue comme l'obésité.

Si ce raisonnement est exact, il s'ensuit que le traitement visant à guérir la maladie doit être aussi efficace pour les deux sexes, à tous les âges et pour toutes les formes de l'obésité. Sauf s'il en est ainsi, nous sommes en droit de nourrir des doutes graves quant à savoir si un traitement donné corrige le trouble sous-jacent. En outre, toute allégation selon laquelle la maladie a été corrigée doit être motivée par la capacité du patient à manger normalement tout aliment qui lui plaît sans avoir repris de graisse anormale après le traitement. Seulement si ces conditions sont remplies peut-on parler légitimement de guérir l'obésité plutôt que de réduire le poids.

Le problème se présente donc comme une enquête sur la localisation et la nature du désordre qui conduit à l'obésité. L'histoire de cette enquête est une longue série de grands espoirs et de déceptions amères.

2.2 L'histoire de l'obésité

Il fut un temps, il n'y a pas si longtemps, où l'obésité était considérée comme un signe de la santé et de la prospérité de l'homme et de la beauté, de l'amour et de la fécondité chez les femmes. Cette attitude remonte probablement à l'époque néolithique, il y a environ 8000 ans, lorsque pour la première fois dans l'histoire de l'homme il a commencé, via la culture, à avoir des propriétés, des animaux domestiques, des terres arables, des maisons, des poteries et des outils en métal. Avant cela, à l'exception possible de certaines races comme les Hottentots, l'obésité était presque inexistante, comme c'est toujours le cas chez tous les animaux sauvages et les races les plus primitives.

Aujourd'hui l'obésité est extrêmement fréquente chez toutes les races civilisées car une disposition de la maladie peut être héréditaire. Partout où des graisses anormales ont été considérées comme un atout, la sélection sexuelle a tendance à propager le fait. Ce n'est que très récemment que l'obésité manifeste a perdu de son attrait, mais le culte du buste -toujours un signe d'obésité latente- montre que la tendance persiste toujours.

2.3 L'importance des repas réguliers

Dans les temps néolithiques un autre changement a eu lieu qui pourrait bien être responsable du fait qu'aujourd'hui presque toutes les dispositions héritées se développent tôt ou tard en obésité manifeste. Ce changement a été l'institution de repas réguliers. Dans les temps prénéolithiques l'homme ne mangeait que quand il avait faim et seu1ement autant qu'il avait besoin pour contrer les affres de la faim. En outre, une grande partie de sa nourriture était brute et non raffiné, il faisait rôtir sa viande mais ne la faisait pas bouillir car il n'avait pas les ustensiles nécessaires. Et le peu de nourriture qu'il tirait de la terre et cueillait des arbres, il la mangeait à mesure qu'il avançait.

L'ensemble de la structure du tube digestif de l'homme est omnivore, comme celle d'un singe, d'un rat ou d'un porc, et est adaptée au grignotage continuel de friandises. Il ne convient pas aux gavages occasionnels comme l'est, par exemple, l'intestin des félins carnivores. Ainsi, l'institution de repas réguliers, en particulier de ceux digérés rapidement, a placé un lourd fardeau sur la capacité de l'homme moderne à faire face à de grandes quantités de nourriture qui se déverse soudain dans son système par la voie intestinale.

L'institution de repas réguliers signifiait que l'homme devait manger plus que son corps avait besoin au moment de manger pour tenir le coup jusqu'au prochain repas. La nourriture digérée facilement inondait soudain son corps alors qu'elle n'était pas nécessaire pour le moment. D'une façon ou d'une autre, quelque part cet excédent devait être stocké.

2.4 Trois types de gras

Dans le corps humain, on peut distinguer trois types de matières grasses. La première est la matière grasse structurelle qui remplit les interstices entre les différents organes, une sorte de matériau d'emballage. La graisse structurelle effectue également des fonctions importantes comme protéger les reins dans un tissu élastique souple, protéger les artères coronaires et garder la peau lisse et tendue, il fournit également le coussin élastique de graisse dure sous les os des pieds, sans qui nous ne pourrions pas à marcher.

Le deuxième type de graisse est une réserve normale de carburant sur lequel le corps peut puiser librement lorsque l'apport nutritionnel dans le tractus intestinal est insuffisant pour répondre à la demande. Ces réserves normales sont localisées sur tout le corps. La graisse est une substance qui emballe la valeur calorique la plus élevée dans le plus petit espace de sorte que les réserves normales de carburant pour l'activité musculaire et le maintien de la température du corps peuvent être stockés de façon plus économique à ce formulaire. Ces deux types de graisse, structurel et de réserve, sont normaux, et même si le corps les stocke à sa capacité maximale, cela ne peut jamais être appelé l'obésité.

Mais il existe un troisième type de graisse qui est tout à fait anormal. C'est l'accumulation de telles matières grasses, et de ces matières grasses seulement, qui fait que le patient souffre de surpoids. Cette graisse anormale est également une réserve potentielle de carburant mais, à la différence des réserves normales, elle n'est pas disponible pour l'organisme dans une situation d'urgence nutritionnelle. Elle est, pour ainsi dire, enfermée dans un dépôt fixe et pas conservée dans un compte courant, comme le sont les réserves normales.

Quand un patient obèse essaie de la réduire lui-même en s'affamant, il va d'abord perdre ses réserves de graisse normale. Lorsque celles-ci sont épuisées, il commence à brûler les graisses structurelles, et, seulement en dernier recours, le corps cédera ses réserves anormales. Mais le temps que cela arrive, le patient se sent généralement si faible et a si faim que le régime est abandonné. C'est justement pour cette raison que les patients obèses se plaignent que quand ils font un régime ils perdent la mauvaise graisse. Ils se sentent affamés et fatigués et leur visage devient émacié et hagard, mais leur ventre, les hanches, les cuisses et leurs bras montrent peu d'amélioration. La graisse qu'ils en sont venus à détester reste et la graisse dont ils ont besoin pour couvrir leurs os disparait de plus en plus. Leur peau se ride et ils ont l'air vieux et misérable. Et c'est l'une des expériences les plus frustrantes et déprimantes qu'un être humain puisse avoir.

2.5 L'injustice de l'obésité

Quand donc les patients obèses sont accusés de tricherie, gourmandise, de manque de volonté, de cupidité et de complexes sexuels, le fort s'indigne et décide que la médecine moderne est une fraude et ses représentants fous, tandis que les faibles abandonnent juste la lutte dans le désespoir. Dans les deux cas, le résultat est le même: un autre gain de poids, la résignation à un sort abominable et la résolution d'au moins de vivre bien le court laps de temps qui leur est imparti, un chiffre pour les médecins et les compagnies d'assurance.

Les patients obèses ne se sentent physiquement bien que lorsqu'ils sont dans un stade stationnaire ou en prise de poids. Ils peuvent se sentir coupables, en raison de la léthargie et la paresse toujours associées à l'obésité. Ils peuvent se sentir honteux de ce que l'on leur a fait croire être un manque de contrôle. Ils peuvent se sentir horrifiés par l'apparence de leur corps nu et leurs vêtements près du corps. Mais ils ont un sentiment primitif de contentement animal qui tourne à la misère et à la souffrance dès qu'ils décident une tentative résolue pour réduire leur poids. Pour cela, il y a de bonnes raisons.

En premier lieu, plus d'énergie calorique est nécessaire pour maintenir un grand corps à une certaine température que pour chauffer un petit corps. Deuxièmement, l'effort musculaire du déplacement d'un corps lourd est plus grand que pour un corps léger. L'effort musculaire consomme des calories qui doivent être fournies par l'alimentation. Ainsi, tous les autres facteurs étant égaux, une personne obèse nécessite plus de nourriture que celle d'une personne mince. On pourrait donc raisonner que si une personne obèse ne mange que de la nourriture supplémentaire que son corps nécessite, 'il devrait être en mesure de garder son poids fixe. Pourtant, chaque médecin qui a étudié les patients obèses dans des conditions rigoureusement contrôlées sait que ce n'est pas vrai. Beaucoup de patients obèses gagnent effectivement du poids avec un régime qui est caloriquement insuffisant pour leurs besoins de base. Il doit donc y avoir un autre mécanisme à l'œuvre.

2.6 Théories glandulaires

À une époque, on pensait que ce mécanisme pourrait être concerné par les glandes sexuelles. Un tel lien a été suggéré par le fait que de nombreux patients obèses juvéniles montrent un sous-développement des organes sexuels. La propagation chez les hommes d'âge moyen et la tendance de nombreuses femmes à prendre du poids à la ménopause semblent indiquer un lien de causalité entre la diminution fonctionnelle du sexe et l'embonpoint. Pourtant, lorsque les hormones sexuelles très actives sont devenues disponibles, il a été constaté que leur administration n'avait en rien affecté l'obésité. Les glandes sexuelles ne pouvaient donc pas être le siège de la maladie.

La glande thyroïde

Quand on a découvert que la glande thyroïde contrôle la vitesse à laquelle le carburant du corps est consommé, on a pensé que par l'administration de la glande thyroïde chez les patients obèses leurs dépôts graisseux anormaux pourraient être brûlés plus rapidement. Cela aussi s'est avéré être tout à fait décevant car, comme nous le savons maintenant, ces dépôts anormaux ne participent pas à l'utilisation de l'énergie dans l'organisme - ils sont enfermés et de façon inaccessible. Les médicaments pour la thyroïde obligent simplement le corps à consommer ses réserves de graisse normale, qui sont déjà épuisées chez les patients obèses, puis à décomposer la graisse structurellement essentielle sans toucher les dépôts anormaux. De cette façon, un patient peut être amené au bord de la famine en dépit d'avoir une centaine de kilos de graisse à perdre. Ainsi, toute perte de poids

induite par les médicaments de la thyroïde est toujours au détriment de la graisse dont le corps a besoin.

Bien que la majorité des patients obèses ont une glande thyroïde parfaitement normale et certains ont même une hyperactivité de la thyroïde, on voit aussi parfois un cas avec un réel déficit de la thyroïde. Dans de tels cas, le traitement par la thyroïde entraîne une légère perte de poids mais ce n'est pas dû à la perte de toute la graisse anormale. C'est entièrement le résultat de l'élimination d'une substance mucoïde, appelée myxœdème, que le corps accumule quand il y a une insuffisance thyroïdienne primaire marquée. En outre, les patients souffrant seulement d'un grave manque de l'hormone thyroïdienne ne deviennent pas obèses dans le vrai sens du terme. Peut-être aussi que l'observation que des personnes normales - mais pas les obèses - perdent rapidement du poids lorsque leur thyroïde devient hyperactive peut avoir contribué à la fausse idée que la déficience de la thyroïde et l'obésité sont connectées. Beaucoup de malentendus sur le rôle supposé de la glande thyroïde de l'obésité existent encore et il est maintenant grand temps que les préparations avec la thyroïde soient une fois pour toutes radiées de la liste des voies de recours pour l'obésité. Cela est particulièrement vrai parce que donner de la glande thyroïde à un patient obèse dont la thyroïde est normale ou hyperactive, en plus d'être inutile, est décidément dangereux.

La glande pituitaire

La glande suivante à être faussement incriminée était le lobe antérieur de l'hypophyse. Cette glande, plus importante, se trouve ainsi protégée dans une capsule osseuse à la base du crâne. Elle dispose d'un grand nombre de fonctions dans le corps, parmi lesquelles se trouve la régulation de toutes les autres glandes endocrines importantes. Le fait que les divers signes de déficit de l'hypophyse antérieure sont souvent associés à l'obésité a soulevé l'espoir que le siège de la maladie pourrait être dans cette glande. Mais même si un grand nombre d'hormones hypophysaires ont été isolés et de nombreux extraits de la glande préparés, pas un seul ou toute combinaison de ces facteurs s'est avéré être de valeur dans le traitement de l'obésité. Tout récemment, cependant, un facteur de graisse de mobilisation a été trouvé dans l'hypophyse mais il est encore trop tôt pour dire si ce facteur est appelé à jouer un rôle dans le traitement de l'obésité.

Les glandes surrénales

Récemment, une longue série de brillantes découvertes concernant le fonctionnement des glandes surrénales, les petits organismes qui siègent au sommet des reins, ont suscité un intérêt énorme. Cet intérêt s'est également tourné vers le problème de l'obésité quand il a été découvert qu'une condition qui, à certains égards, ressemble à un cas grave de l'obésité que l'on appelle syndrome de Cushing-a été causée par une nouvelle croissance glandulaire des glandes surrénales ou par leur stimulation excessive avec l'ACTH, qui est l'hormone hypophysaire qui régit l'activité de l'écorce externe ou cortex des surrénales.

Lorsque nous avons appris qu'une stimulation anormale du cortex surrénalien pourrait produire des signes qui ressemblent à une vraie obésité, cette connaissance n'a fourni aucun moyen pratique de traiter l'obésité en diminuant l'activité du cortex surrénalien. Il n'y a aucune preuve suggérant que dans l'obésité il y a excès d'activité surrénale; en fait, tous les éléments de preuve pointent vers le contraire. Il semble y avoir un manque plutôt de la fonction corticosurrénale et une diminution de la sécrétion de l'ACTH à partir du lobe antérieur de l'hypophyse.

Donc, là encore, notre recherche sur le mécanisme qui produit l'obésité nous a menés dans une impasse. Récemment, de nombreux chercheurs sur l'obésité sont revenues à l'attitude nihiliste que l'obésité est causée simplement par la suralimentation et qu'elle ne peut être guérie que par la sous-alimentation.

2.7 Le Diencéphale ou Hypothalamus

Pour ceux d'entre nous qui ont refusé d'être découragés demeure un léger espoir. Enterrée en profondeur dans le cerveau humain massif il y a une partie que nous avons en commun avec tous les animaux vertébrés, le diencéphale. C'est une partie très primitive du cerveau et qui a été chez l'homme presque étouffée par les énormes masses de tissu nerveux. Nous pensons qu'elle est la cause des déplacements volontaires de notre corps. Le diencéphale est la partie à partir de laquelle le système nerveux central contrôle toutes les fonctions

animales automatiques du corps, comme la respiration, le rythme cardiaque, la digestion, le sommeil, le sexe, le système urinaire, le système autonome ou nerveux végétatif et, par l'hypophyse, l'interaction de l'ensemble des glandes endocrines.

Il n'était donc pas déraisonnable de supposer que l'opération complexe de stockage et de délivrance de carburant pour le corps peut aussi être contrôlée par le diencéphale. Il est connu depuis longtemps que le contenu du sucre - une autre forme de carburant - dans le sang dépend d'un certain centre nerveux dans le diencéphale. Lorsque ce centre est détruit chez les animaux de laboratoire, ils développent une maladie assez similaire aux humains diabétiques stables. Il est également connu depuis longtemps que la destruction d'un autre centre diencéphalique produit un appétit vorace et un gain de poids rapide chez les animaux qui ne sont jamais gras spontanément.

2.8 La Banque de Graisses

En supposant qu'existe chez l'homme un tel centre de contrôle du mouvement de la graisse, sa fonction devrait être très semblable à celle d'une banque. Lorsque le corps assimile dans le tractus intestinal plus de carburant que nécessaire à ce moment précis, ce surplus est déposé dans ce qui peut être comparé à un compte courant. Sur ce compte, il peut toujours être retiré si nécessaire. Toutes les réserves de graisse normales sont dans un tel compte courant et il est probable qu'un centre diencéphalique gère les dépôts et les retraits.

Quand maintenant, pour des raisons qui seront discutées plus tard, les dépôts se développent rapidement tandis que les petits retraits deviennent plus fréquents, un point peut être atteint qui va au-delà de la capacité de la banque diencéphalique. Tout comme un banquier pourrait suggérer à un client riche qu'au lieu d'accumuler un grand et ingérable compte courant, il devrait investir son capital excédentaire, le corps semble établir un dépôt fixe dans lequel tous les fonds excédentaires vont mais dont ils ne peuvent plus être retirés par la procédure utilisée dans un compte courant. De cette façon, la «banque de graisses" diencéphalique se libère de tout le travail qui va au-delà de sa capacité bancaire normale. L'apparition de l'obésité date du moment où le diencéphale adopte cette ruse d'économie de travail. Une fois qu'un dépôt fixe a été établi les réserves de graisse normales sont maintenues à un minimum alors que tous les surplus disponibles sont enfermés dans le dépôt fixe et sont donc retirés de la circulation normale.

3. Trois causes principales de l'obésité

3.1 Le facteur hérité

En supposant qu'il existe une limite à la capacité de la banque de la graisse du diencéphale, il s'ensuit qu'il y a trois façons basiques par lesquelles l'obésité peut devenir manifeste. La première est que la capacité de graisse bancaire est anormalement basse dès la naissance. Une telle capacité diencéphalique faible congénitale représenterait alors le facteur héréditaire dans l'obésité. Lorsque ce caractère anormal est nettement présent, l'obésité va se développer à un âge précoce, en dépit de l'alimentation normale; ce qui pourrait expliquer pourquoi les frères et sœurs peuvent manger la même nourriture à la même table et que certains deviennent obèses et d'autres pas.

3.2 Autres troubles diencéphaliques

La seconde façon dont l'obésité peut être établie est l'abaissement d'une capacité de graisse bancaire précédemment normale grâce à un autre trouble diencéphalique. Il semble être une règle générale que, lorsque l'un des nombreux centres diencéphaliques est particulièrement surtaxé, il essaie d'accroître sa capacité au détriment des autres centres.

Lors de la ménopause et après la castration, les hormones produites auparavant dans les glandes sexuelles ne circulent plus dans le corps. En présence de glandes sexuelles fonctionnant normalement, leurs hormones agissent comme un frein sur la sécrétion des hormones stimulantes de la glande sexuelle de l'hypophyse antérieure. Lorsque ce frein est retiré, l'hypophyse antérieure augmente considérablement sa production de ces hormones stimulant la glande sexuelle, mais ils ne sont maintenant plus efficaces. En l'absence de toute réponse de glandes sexuelles non fonctionnelles ou manquantes, il n'y a rien pour empêcher l'hypophyse antérieure de produire de plus en plus de ces hormones. Cette situation entraîne une pression excessive sur le centre diencéphalique qui commande la fonction de l'hypophyse antérieure. Pour faire face à cette charge supplémentaire, le centre semble drainer de plus en plus d'énergie d'autres centres, tels que ceux qui s'intéressent à la stabilité émotionnelle, la circulation sanguine

(bouffées de chaleur) et d'autres régulateurs nerveux autonomes, en particulier celui de la banque de graisses qui n'est pas vital.

La catégorie stable du diabète implique que le centre de régulation de la glycémie diencéphalique tente de répondre à cette charge anormale par commutation de l'énergie à destination de la banque de graisse vers le centre de régulation du sucre, de sorte que la capacité de la banque de graisse est réduite à un point où il est obligé de mettre en place un dépôt fixe et ainsi lancer le trouble que nous appelons l'obésité. Dans ce cas, il faudrait envisager le diabète comme la cause principale de l'obésité mais il est également possible que le processus soit inversé dans le sens où un gros centre déficient ou surchargé de travail puise son énergie du centre du sucre, dans ce cas, l'obésité serait la cause de ce type de diabète dans lequel le pancréas n'est pas principalement impliqué. Enfin, il est concevable que dans le syndrome de Cushing, ces symptômes qui ressemblent à de l'obésité soit entièrement dûs au retrait de l'énergie à partir de la banque de graisse diencéphalique afin de le mettre à la disposition du centre très perturbé qui régit le système surrénale antérieur de l'hypophyse.

Si l'obésité est causée par un déficit héréditaire marqué du centre de graisse ou par un trouble de la régulation diencéphalique complètement différent, son insurrection n'a évidemment rien à voir avec la suralimentation et l'obésité dans les deux cas est certaine de se développer indépendamment des restrictions alimentaires. Dans ces cas tout déficit alimentaire forcé est constitué de réserves de gras essentiels et de graisse structurelle normale, au grand désavantage de la santé générale du patient.

3.3 L'épuisement de la Banque de Graisse

Mais il y a encore une troisième voie par laquelle l'obésité peut être établie, c'est lorsqu'un centre de graisse est soudainement -en mettant l'accent sur soudainement- appelé à faire face à un énorme afflux de nourriture bien au-delà des exigences momentanées. À première vue, il semblerait que nous avons ici un cas très simple de suralimentation responsable de l'obésité mais après une analyse plus poussée, il devient vite évident que la relation de cause à effet n'est pas si simple. En premier lieu, nous ne faisons que supposer que la capacité du centre de graisse est normale alors qu'il est possible et même probable que les seules personnes qui ont une certaine caractéristique héréditaire de ce type peuvent devenir obèses simplement par la suralimentation.

Deuxièmement, dans beaucoup de ces cas, la quantité de nourriture consommée reste la même et c'est seulement la consommation de carburant qui est tombée soudainement, comme quand un athlète est confiné au lit pendant plusieurs semaines avec un os cassé ou quand un homme menant une vie très active est soudainement attaché à son bureau dans un bureau et à la télévision à la maison. De même, quand une personne qui a grandi dans un climat froid est transférée dans un pays tropical et continue de manger comme avant, elle peut développer une obésité parce que dans la chaleur beaucoup moins de carburant est nécessaire pour maintenir la température normale du corps.

Quand une personne souffre d'une longue période de privation, qu'elle soit due à une maladie chronique, la pauvreté, la famine ou les exigences de la guerre, ses règlements diencéphaliques s'ajustent dans une certaine mesure à l'apport alimentaire faible. Quand tout à coup ces conditions changent et qu'il est libre de manger toute la nourriture qu'il veut, cela est susceptible de submerger son centre de régulation de graisse. Au cours de la Seconde Guerre mondiale environ 6000 réfugiés polonais grossièrement sous-alimentés qui avaient passé des années pénibles en Russie ont été transférés dans un camp en Inde où ils ont été bien logés, étant donné les rations de l'armée britannique normales et un peu d'argent pour acheter quelques extras. Après environ trois mois, 85% souffraient d'obésité.

Chez une personne qui mange des aliments grossiers et non raffinés, la digestion est lente et seulement un peu de nourriture à la fois est assimilé dans le tractus intestinal. Si une telle personne est soudainement en mesure d'obtenir des aliments hautement raffinés comme le sucre, la farine blanche, le beurre et l'huile ils sont si rapidement digérés et assimilés que la ruée de carburant entrant qui se produit à chaque repas peut à terme dominer les mécanismes de régulation diencéphaliques et ainsi conduire à l'obésité. C'est ce qu'on voit chez l'homme pauvre qui devient tout à coup assez riche pour acheter les aliments raffinés plus chers, bien que son apport calorique total reste le même ou est encore plus bas qu'avant.

3.4 Aspects psychologiques

On a beaucoup écrit sur les aspects psychologiques de l'obésité. Parmi ses nombreuses fonctions, le diencéphale est également le siège de nos instincts animaux primitifs, et aussi en cas d'urgence, il peut passer l'énergie d'un centre à l'autre, il semble être en mesure de transférer la pression d'un instinct à l'autre. Ainsi, une personne solitaire et malheureuse, privée de tout confort émotionnel et de tout instinct de gratification sauf l'apaisement de la faim et de la soif peut les utiliser comme points de pression d'instinct refoulée et ainsi développer une obésité. Pourtant, une fois que s'est passé, aucune quantité de psychothérapie ou d'analyse, bonheur, de compagnie ou de gratification d'autres instincts saura corriger la situation.

3.5 Alimentation compulsive

L'injustice est sans fin pour les patients obèses en les accusant d'alimentation compulsive, qui est une forme détournée de gratification sexuelle. La plupart des patients obèses ne souffrent pas de la compulsion alimentaire; ils souffrent véritable de la faim - faim réel qui les ronge et les torture - qui n'a rien à voir avec l'alimentation compulsive. Même leur désir soudain de sucreries est simplement le résultat de l'expérience que les bonbons, les pâtisseries et alcool pourront, plus rapidement que tout autre aliment, apaiser les affres de la faim. Cela n'a rien à voir avec les instincts détournés.

D'autre part, la compulsion alimentaire ne se produit pas chez certains patients obèses, en particulier chez les filles en fin d'adolescence ou au début de leur vie adulte. Heureusement pour les patients obèses, ce plus grand besoin de nourriture est une "attaque" et n'est jamais associée à la vraie faim, ce qui est généralement admis par les patients. Ils ressentent seulement un désir sauvage de gavage. Deux kilos de chocolats peuvent être dévorés en quelques minutes; les aliments froids et gras du réfrigérateur, le pain rassis, les restes dans les assiettes empilées, presque tout ce qui est comestible est entassé vers le bas avec férocité et à une vitesse terrifiante.

J'ai parfois été en mesure d'observer une telle attaque à l'insu du patient et c'est un spectacle laid et effrayant à voir, même si l'on réalise que des mécanismes entièrement indépendants de la volonté du patient sont à l'œuvre. Un examen minutieux de ce qui peut avoir provoqué une telle attaque révèle presque toujours qu'elle est soit précédée par une forte stimulation sexuelle non assouvie, les centres supérieurs du cerveau ayant bloquée l'instinct de gratification primitive diencéphalique. La pression est alors relâchée par un autre canal primitif qui est la gratification orale. Dans mon expérience, la seule chose qui va guérir cette maladie est le sexe décomplexé, une procédure thérapeutique qui est rarement possible, car si c'était le cas, le patient l'aurait adopté sans incitation professionnelle, et cela ne corrigerait en aucune façon l'obésité associée. Cela ne ferait que soulever de nouveaux, et souvent plus grands, problèmes si elle est utilisée comme une mesure thérapeutique.

Les patients souffrant de réelle alimentation compulsive sont relativement rares. Dans ma pratique, ils représentent environ 1-2%. Les traitant pour l'obésité est un travail déchirant. Ils vont très bien entre les crises, mais un seul combat intervient alors qu'ils sont sous traitement et cela peut annuler plusieurs semaines de traitement. Pas étonnant que ces patients se découragent. Dans ces cas, j'ai trouvé que la psychothérapie peut faire comprendre au patient le mécanisme mais ne fait rien pour l'arrêter. Peut-être la permissivité sexuelle croissante de la société rendra l'alimentation compulsive encore plus rare.

Il est difficile, avant le traitement, de décider si un patient souffre vraiment d'alimentation compulsive ou non car de nombreux patients obèses pensent que leur désir pour la nourriture (pour les non motivés) est due à l'alimentation compulsive, alors que c'est tout simplement un plus grand besoin de nourriture. La seule façon de le savoir est de traiter ces patients. Ceux qui souffrent de réelle alimentation compulsive continuent à avoir de telles attaques, tandis que ceux qui ne sont pas des mangeurs compulsifs n'ont jamais d'attaque pendant le traitement.

3.6 Réticence à perdre du poids

Certains patients sont profondément attachés à leur graisse et ne peuvent pas supporter l'idée de la perdre. S'ils sont intelligents, populaires et réussissent en dépit de leur handicap, c'est une source de fierté. Certaines grosses filles regardent leur état comme une garantie contre des implications érotiques qui leur font peur. Elles ont mis en place un mode de vie dans lequel leur obésité joue un rôle déterminant et deviennent alors réticentes à bouleverser ce schéma

et faire face à un nouveau genre de vie qui sera tout à fait différent après que leur chiffre soit devenu normal et souvent très attractif. Elles craignent que les gens les aiment - ou soient jaloux - à cause de leur poids plutôt que d'être attirés par leur intelligence ou leur caractère seulement. Certaines ont l'impression que c'est renoncer à une partie presque chère et intime de réduire leur taille. Dans beaucoup de ces cas, la psychothérapie peut être utile car elle permet à ces patients de mettre toute la situation dans la pleine lumière de la conscience. Un attachement affectueux à la graisse anormale est habituellement observé chez les patients qui sont devenues obèses dans l'enfance mais ce n'est pas nécessairement toujours le cas.

Dans tous les autres cas, la meilleure psychothérapie peut faire en sorte que le traitement habituel de l'obésité rende le fardeau sans fin de la faim un peu plus tolérable tout comme les restrictions alimentaires. Les patients qui ont réussi à établir un transfert érotique vers leur psychiatre sont souvent mieux à même de supporter leur souffrance comme un travail secret de l'amour.

Il y a donc un grand nombre de façons par lesquelles l'obésité peut être initiée même si le trouble lui-même est toujours due au même mécanisme, une inadéquation entre le centre de graisse diencéphalique et des dépôts de graisse fixes anormaux dans des endroits inhabituels. Cela signifie qu'une fois que l'obésité est établie, elle ne peut pas plus être guérie en éliminant les facteurs qui l'ont créé qu'éteindre un feu en supprimant la cause de l'incendie. Ainsi, une discussion sur les différentes façons dont l'obésité peut être établie est utile d'un point de vue préventif mais n'a aucune incidence sur le traitement de la condition établie. L'élimination des facteurs qui hâtent clairement l'évolution de la maladie peut ralentir sa progression ou même l'arrêter, mais ils ne peuvent jamais la corriger.

3.7 Pas seulement par le poids

Le poids seul n'est pas un critère satisfaisant pour juger si une personne est atteinte de la maladie que nous appelons obésité. Chaque médecin est familier avec la dame sylphide qui entre dans la salle de consultation et déclare catégoriquement qu'elle devient horriblement grosse et souhaite réduire son poids. Beaucoup de médecin honnête et sympathique concluent immédiatement qu'ils ont affaire à une "folle." S'il est occupé, il en fera peu de cas, mais s'il a le temps, il va la peser et lui montrer ses tableaux pour prouver qu'elle est réellement en insuffisance pondérale.

Je n'ai encore jamais vu ou entendu parler du fait qu'une telle dame soit convaincue de cette façon. La raison en est que, dans mon expérience, la dame a presque toujours raison et le médecin a tort. Quand un tel patient est examiné avec soin, on trouve de nombreux signes de l'obésité potentielle, qui est sur le point de se manifester comme étant un surpoids. Le patient sent nettement que quelque chose ne va pas, un changement subtil se déroule dans son corps, et cela lui fait peur.

Il existe un certain nombre de signes et de symptômes qui sont caractéristiques de l'obésité. Dans l'obésité manifeste beaucoup et souvent tous ces signes et ces symptômes sont présents. Dans les cas latents ou qui commencent tout juste certains sont toujours trouvés, et il devrait y avoir une règle que, si deux ou plusieurs des signes corporels sont présents, le cas doit être considéré comme ayant besoin d'une aide immédiate.

3.8 Les signes et symptômes de l'obésité

Les signes corporels peuvent être divisés en deux parties: une partie comme s'ils avaient été développés avant la puberté, indiquant un facteur héréditaire fort, et ceux qui se développent à l'apparition du trouble manifeste. Les premiers signes sont une grande taille disproportionnée des deux dents supérieures, la première incisive, ou d'un creux sur les deux côtés de l'os du sacrum juste au-dessus des fesses. Lorsque les bras sont tendus, les paumes vers le haut, les avant-bras semblent fortement inclinée vers l'extérieur des bras. La même chose s'applique pour les membres inférieurs. Le patient ne peut pas mettre ses pieds ensemble sans les genoux qui se chevauchent; il a en fait les genoux cagneux.

Le début de l'accumulation de graisse anormale commence avec un petit coussin juste en dessous de la nuque, familièrement connu sous le nom de la "bosse de la duchesse ". Il existe un renflement gras triangulaire en face de l'aisselle lorsque le bras est maintenu contre le corps. Lorsque la peau est étirée par une accumulation de graisse rapide, cela peut créer des scissions dans les couches inférieures. Quand elles sont larges et récentes, ces retombées sont de couleur pourpre, mais plus tard, elles sont

transformées en tissu blanc cicatriciel. Cette striation, comme on l'appelle, se produit généralement sur l'abdomen de la femme pendant la grossesse, mais l'obésité est fréquemment trouvé sur les seins, les hanches et parfois sur les épaules. Dans de nombreux cas les stries sont si fines que les petites lignes blanches sont à peine visibles. Elles sont toujours un signe certain de l'obésité, et si cela peut être léger au moment de l'examen, ces patients se souviennent généralement d'une période dans leur enfance quand ils étaient trop grassouillets.

Un autre signe typique est un coussin de graisse sur l'intérieur des genoux, un endroit où les réserves de graisses normales ne sont jamais stockées. Il peut y avoir un pli de peau sur la région pubienne et une autre fois peut s'étirer autour des deux côtés de la poitrine, où un rouleau lâche de graisse peut être ramassé entre deux doigts. Chez le mâle, une accumulation excessive de graisse dans la poitrine est toujours indicative, tandis que chez la femelle le sein est habituellement, mais pas nécessairement, large. Une graisse manifestement excessive sur l'abdomen, les hanches, les cuisses, les bras, le menton et les épaules sont caractéristiques, et il est important de se rappeler que n'importe quel nombre de ces signes peut être présent chez les personnes dont le poids est statistiquement normale; en particulier si elles suivent un régime toutes seules avec une détermination de fer.

Les symptômes cliniques communs qui ne sont indicatifs que dans leur association et dans le cadre de l'ensemble du tableau clinique sont: maux de tête fréquents, douleurs rhumatismales sans anomalie osseuse détectable; un sentiment de paresse et de léthargie, souvent à la fois physique et mentale et fréquemment associées à l'insomnie, les patients disant que tout ce qu'ils veulent, c'est se reposer; le sentiment effrayant d'être affamé et parfois faible avec la faim deux à trois heures après un repas copieux et un désir irrésistible de sucreries et de féculents qui surmonte souvent le patient tout d'un coup et est parfois remplacé par un désir d'alcool; constipation et côlon spastique ou irritable sont particulièrement fréquents chez les obèses tout comme les troubles menstruels.

Revenant une fois de plus à notre dame sylphide, nous pouvons dire que la combinaison de certains de ces symptômes avec quelques-uns des signes corporels typiques sont des preuves suffisantes pour prendre son cas au sérieux. Une silhouette humaine, homme ou femme, ne peut être jugée que dans la nudité; une opinion sur la base de l'aspect habillé peut être incroyablement loin de la vérité et je me sens entraîné à la conclusion que, hormis les patients franchement psychotiques tels que l'anorexie nerveuse, il n'existe pas de fixation sur le poids morbide. Je n'ai pas encore vu un patient qui continue à se plaindre après le chiffre soit revenu à la normale par un traitement adéquat.

3.9 La femme maigre

Je me souviens du cas d'une dame qui a été escorté dans mon cabinet pendant que je téléphonais. Elle s'assit en face de mon bureau, et quand j'ai levé les yeux pour la saluer, j'ai vu l'image typique de maigreur avancé. Sa peau sèche flottait sur les os de son visage, son cou était maigre et de ses clavicules et de ses côtes sortaient de profonds creux. J'ai immédiatement pensé à un cancer et ait décidé lequel de mes collègues à l'hôpital, je la référerais. En effet, je me suis senti un peu vexé que mon assistant ne lui ait pas expliqué que son cas ne relevait pas de ma spécialité. En réponse à ma question sur ce que je pouvais faire pour elle, elle a répondu qu'elle voulait réduire. J'ai essayé de cacher ma surprise, mais elle doit avoir noté une expression fugace, car elle sourit et dit: «Je sais que vous pensez que je suis folle, mais attendez un instant." Sur ce, elle se leva et vint autour de mon côté de la table. D'une taille minuscule, elle avait d'énormes hanches et les cuisses.

En utilisant une technique qui sera décrite ici, la graisse anormale sur ses hanches a été transférée au reste de son corps qui avait été amaigri par des mois de régime très sévère. A la fin d'un traitement une durée de cinq semaines, elle, une petite femme, avait perdu 20 cm autour de ses hanches, tandis que son visage avait l'air frais et en bonne santé, les côtes n'étaient plus visibles et son poids était le même au kilo près que lors de la première consultation.

3.10 Gros mais pas obèse

Même si une personne qui est statistiquement d'un poids insuffisant peut toujours être atteinte de la maladie qui provoque l'obésité, il est également possible pour une personne d'être statistiquement en surpoids et de ne pas souffrir d'obésité. Pour ces personnes le poids n'est pas un problème car ils peuvent gagner ou perdre à volonté et n'ont aucune

difficulté à réduire leur apport calorique. Ils sont maîtres de leur poids, ce que les obèses ne sont pas. De plus, leur excès de graisse ne montre pas de préférence pour certaines régions typiques du corps, comme c'est le cas pour l'obésité. Ainsi, la décision de savoir si un cas limite souffre vraiment d'obésité ou pas ne peut pas être simplement établit en consultant les tableaux de poids.

4. Le traitement de l'obésité

Si l'obésité est toujours due à une carence diencéphalique très spécifique, il s'ensuit que la seule façon de guérir est de corriger cette lacune. Au début, cela semblait une entreprise sans espoir. Le plus grand obstacle était que l'on pouvait difficilement espérer corriger un caractère héréditaire localisé profondément dans le cerveau, et tandis que nous possédons un certain nombre de médicaments dont nous pensions le point de l'action être dans les diencéphales, aucun d'eux n'avait le moindre effet sur le centre du gras. Il n'y avait même pas un pointeur indiquant une direction dans laquelle la recherche pharmacologique pourrait se diriger pour trouver un médicament qui avait une telle action spécifique. Les approches les plus proches sont les médicaments réduisant l'appétit - les amphétamines - mais ceux-ci ne guérissent rien.

4.1 Une observation curieuse

Ressassant cette situation déprimante, je me suis souvenu d'une observation assez curieuse faite il y a plusieurs années en Inde. A cette époque, nous savions très peu sur la fonction du diencéphale et mon intérêt était centré autour de la glande pituitaire. Froehlich avait décrit des cas d'obésité extrême et le sous-développement sexuel chez les jeunes souffrant d'une nouvelle croissance du lobe antérieur de l'hypophyse, produisant ce qui est maintenant connue comme la maladie de Froehlich. Cependant, il a été très vite découvert qu'un syndrome identique, bien que suivant une course moins fulminante moins, était très fréquente chez les patients dont l'hypophyse était parfaitement normal. Ce sont les soi-disant «fat boys" avec de longues mains fines, des seins que toute jeune fille tout à la poitrine plate serait fière de posséder, de grandes hanches, les fesses et les cuisses avec des stries, des genoux cagneux et les organes génitaux sous-développés, souvent avec des testicules non descendus.

Il est également devenu connu que dans ces cas, les organes sexuels pouvaient être développés en administrant des injections d'une substance extraite de l'urine de femmes enceintes à des patients, car il ait été démontré que lorsque cette substance a été injectée à des rats sexuellement immatures ils ont eu une maturité précoce. La quantité de substance qui produit cet effet dans l'un rat a été appelé une unité internationale, et l'extrait purifié a donc été appelé "la gonadotrophine chorionique humaine» où chorionique signifie qu'elle est produite dans le placenta et gonadotrophine que son action est dirigée vers la glande sexuelle.

La façon habituelle de traitement des "fat boys",avec des organes génitaux sous-développés, est d'injecter plusieurs centaines d'unités internationales deux fois par semaine. La gonadotrophine chorionique humaine que nous appelons désormais simplement HCG est chère et comme les "fat boys" sont assez fréquents chez les Indiens, j'ai essayé d'établir la plus petite dose efficace. Au cours de cette étude, trois choses intéressantes ont émergé. La première est que lorsque l'urine de grossesse fraîche était administrée dans des quantités d'environ 300 cc, par lavement de rétention, d'aussi bons résultats ont pu être obtenus que par l'injection de la substance pure. La seconde est que les petites doses quotidiennes semblent être tout aussi efficaces que des doses beaucoup plus élevées donnés deux fois par semaine. Troisièmement, et c'est l'observation qui nous intéresse ici, lorsque ces patients ont reçu de petites doses quotidiennes, ils semblaient perdre leur appétit vorace bien qu'ils ni gagné ni perdu du poids. Curieusement cependant, leur forme a changé. Bien qu'ils n'aient pas été limités dans leur régime alimentaire, il y avait une nette diminution de la circonférence de leurs hanches.

4.2 Graisse en mouvement

En me rappelant de cela, il m'est apparu que le changement de forme ne pouvait s'expliquer que par un mouvement de graisse à partir des dépôts anormaux sur les hanches, et si c'était le cas il y avait une chance que comme la graisse était en transition, elle pourrait être disponible au corps en tant que combustible. Cela a été facile à découvrir, comme dans ce cas, la graisse en mouvement serait en

mesure de remplacer les aliments. Il devrait ensuite être possible de garder un "gros garçon" à un régime strictement réglementé sans sensation de faim, en dépit d'une perte de poids rapide. Quand j'ai essayé cela dans les cas typiques de syndrome de Froehlich, j'ai trouvé que tant que ces patients recevaient de petites doses quotidiennes de HCG ils pouvaient confortablement vaquer à leurs occupations habituelles avec un régime de seulement 500 calories par jour et perdre une moyenne d'environ un demi-kilo par jour. Il a également été parfaitement évident que seule la graisse anormale a été consommée car il n'y avait aucun signe de diminution de la graisse normale. Leur peau est restée fraîche et turgescente, et peu à peu leur forme estdevenue tout à fait normal. L'administration quotidienne de HCG ne semblait pas avoir d'effets secondaires autres que celles qui sont bénéfiques.

A partir de là il n'y avait qu'un petit pas à faire pour essayer la même méthode dans toutes les autres formes d'obésité. Il a fallu quelques centaines de cas pour établir au-delà de tout doute raisonnable que le mécanisme fonctionne exactement de la même manière et apparemment sans exception dans tous les cas de l'obésité. J'ai trouvé que, si la plupart des patients ont été traités dans le service ambulatoire, les grosses erreurs de régime étaient rares. Au contraire, la plupart des patients se sont plaints que les deux repas de 250 calories chaque étaient plus que ce qu'ils pouvaient gérer parce qu'ils avaient toujours un sentiment d'avoir eu un grand repas récemment.

4.3 Grossesse et obésité

Une fois ce chemin ouvert, de nouvelles observations semblaient tomber sous le sens. Il est bien connu que pendant la grossesse d'une femme obèse, elle peut très facilement perdre du poids. Elle peut réduire considérablement son régime sans ressentir la faim ou de l'inconfort et perdre du poids sans pour autant nuire à l'enfant dans son ventre. Il est également surprenant à quel point une femme peut souffrir de vomissements de grossesse sans atteindre un véritable préjudice.

La grossesse est une grande chance pour une femme obèse de réduire son excès de poids. Qu'elle fasse si rarement usage de cette possibilité est due à la notion erronée, souvent favorisée par ses relations aînées, qu'elle a maintenant "deux bouches à nourrir" et doit "maintenir sa force pour l'événement à venir. Tous les obstétriciens modernes savent que c'est absurde et que la graisse superflue est perdue, moins difficile sera le confinement, même si certains hésitent encore à prescrire un régime alimentaire suffisamment faible en calories pour parvenir à une réduction drastique.

Une femme peut prendre du poids pendant la grossesse, mais elle ne devient jamais obèse dans le sens strict du mot. Sous l'influence de l'HCG qui circule dans des quantités énormes dans son corps pendant la grossesse, sa capacité bancaire diencéphalique semble être illimitée, et les dépôts fixes anormaux ne sont jamais formés. À l'accouchement, elle est soudainement privée de HCG, et son centre de graisses diencéphalique revient à sa capacité normale. C'est seulement alors que la graisse anormalement accumulée est enfermée de nouveau dans un dépôt fixe. A partir de ce moment, elle est de nouveau atteinte d'obésité et soumise à toutes ses conséquences.

La grossesse semble être la seule condition humaine normale dans laquelle la capacité de la banque de graisse diencéphalique est illimitée. Ce n'est que pendant la grossesse que les dépôts de graisse fixes peuvent être transférés sur le compte courant normal et être librement pompés pour compenser tout déficit nutritionnel. Pendant la grossesse, chaque gramme de graisse de réserve est mis à la disposition de la croissance du fœtus. Si ce n'était pas le cas, une femme obèse, dont les réserves sont déjà épuisées normalement, aurait les plus grandes difficultés à mener sa grossesse à terme. Il existe des preuves qui tendent à démontrer que c'est la HCG, produite en grandes quantités dans le placenta, qui provoque ce changement diencéphalique.

Bien que nous puissions être en mesure d'augmenter la capacité de la banque de graisse diencéphalique par injection HCG, ce n'est pas en soi une incidence sur le poids, tout comme le transfert de fonds monétaires d'un dépôt fixe sur un compte courant ne fait pas qu'un homme soit plus pauvre; pour s'appauvrir, il est également nécessaire qu'il dépense librement l'argent qui devient ainsi disponible. Pendant la grossesse, les besoins de l'embryon en développement prennent soin de cela dans une certaine mesure, mais dans le traitement de l'obésité il n'y a pas l'embryon, et donc une restriction alimentaire très sévère doit prendre sa place pendant la durée du traitement.

Ce n'est que lorsque la matière grasse, qui est en transit sous l'effet de l'HCG, est effectivement consommée que davantage de graisse peut être retirée à partir des dépôts fixes. Pendant la grossesse, il ne serait pas souhaitable que le fœtus ait à sa disposition suffisamment de nourriture seulement quand il y a une grande affluence dans le tractus intestinal. Les conditions nutritionnelles idéales pour le fœtus ne peuvent être atteints lorsque le sang de la mère est en permanence saturé avec de la nourriture, peu importe si elle mange ou pas, sinon une période de famine pourrait entraver la croissance soutenue de l'embryon. Il semble que l'HCG provoque cette saturation continue du sang, qui est la raison pour laquelle les patients obèses sous traitement avec HCG ne ressentent jamais la faim, en dépit de leur consommation de nourriture considérablement réduite.

4.4 La nature de la gonadotrophine chorionique humaine

L'HCG ne se trouve jamais dans le corps humain, sauf pendant la grossesse et dans les rares cas où un résidu de tissu placentaire continue de croître dans l'utérus dans ce qui est connu comme un épithélioma chorionique. Il ne se trouve jamais chez le mâle. Le type humain de la gonadotrophine chorionique se trouve uniquement au cours de la grossesse des femmes et chez les grands singes. Il est produit en quantités énormes, de sorte que lors de certaines phases de sa grossesse, une femme peut excréter jusqu'à un million d'unités internationales par jour dans ses urines - suffisamment pour rendre un million de rats infantiles précocement matures. D'autres mammifères font usage d'une hormone différente, qui peut être extraite à partir de leur sérum sanguin, mais pas à partir de leur urine. Leur placenta diffère en cela, et d'autres égards, de celui de l'homme et des grands singes. Cette gonadotrophine chorionique animale est ventilée beaucoup moins rapidement dans le corps humain que l'HCG, et est également moins appropriée pour le traitement de l'obésité.

Comme il arrive souvent en médecine, beaucoup de confusion a été causée par l'appellation de l'HCG avant que son véritable mode d'action soit compris. Il a été expliqué que la gonadotrophine signifie littéralement une substance dirigée vers les glandes sexuelles ou hormone, et c'est tout à fait trompeur. Cela date de l'époque où il a été constaté d'abord que l'HCG était capable de rendre matures les glandes sexuelles infantiles, par laquelle et de ce fait complètement négliger qu'il n'a pas aucun effet stimulant sur les glandes sexuelles normalement développées et qui fonctionnent normalement. Aucune quantité de HCG n'est en mesure d'augmenter une fonction sexuelle normale. Il peut seulement améliorer un anormal et, chez le jeune, précipiter l'apparition de la puberté. Cependant, ce n'est pas d'effet direct. L'HCG agit exclusivement au niveau du diencéphale et entraîne une augmentation considérable de la capacité fonctionnelle de tous les centres qui travaillent à pleine capacité.

4.5 Les véritables gonadotrophines

Deux hormones connues chez la femme, l'hormone folliculostimulante (FSH) et l'hormone de stimulation du corpus luteum (LSH), sont sécrétées par le lobe antérieur de l'hypophyse. Ces hormones sont de véritables gonadotrophines parce qu'elles régissent directement la fonction des ovaires. L'hypophyse antérieure est à son tour régi par le diencéphale, et donc quand il y a une carence du centre ovarien diencéphalique concerné, il a du mal à corriger la situation en augmentant la sécrétion par l'hypophyse antérieure de la FSH ou LSH, selon le cas. Lorsque la carence sexuelle est cliniquement présente, c'est un signe que le centre diencéphalique concerné n'est pas en mesure, en dépit de l'effort maximal, à faire face à la demande de la stimulation de l'hypophyse antérieur. Quand donc l'administration de l'HCG augmente la capacité fonctionnelle du diencéphale, toutes les demandes ne peuvent être pleinement satisfaites et le manque sexuel est corrigé.

Le fait est que le véritable mécanisme sous-jacent de l'action gonadotrope présumée de l'HCG est confirmé par le fait que, lorsque l'hypophyse de rats infantiles est retirée avant de leur donner l'HCG, celui-ci n'a aucun effet sur leurs glandes sexuelles. L'HCG ne peut donc pas avoir d'action directe de stimulation des glandes sexuelles comme celle des gonadotrophines de l'hypophyse antérieure, comme la FSH et LSH sont si justement appelées. Ces dernières sont des substances totalement différentes de ce qui peut être extrait de l'urine de grossesse et qui, malheureusement, est appelé gonadotrophine chorionique. Il ne serait pas plus maladroit, et certainement beaucoup plus approprié, si l'HCG était désormais appelée diencephalotrophine chorionique.

4.6 HCG n'est pas une hormone sexuelle

Il ne peut pas être suffisamment souligné que l'HCG n'est pas une hormone sexuelle, que son action est identique chez les hommes, les femmes, les enfants et dans les cas où les glandes sexuelles ne fonctionnent plus en raison de l'âge ou de leur ablation chirurgicale. Le seul changement sexuel qu'elle peut apporter après la puberté est une amélioration d'un déficit préexistant. Mais jamais stimulation au-delà de la normale. De manière indirecte, via l'hypophyse antérieure, l'HCG régule les menstruations et facilite la conception, mais elle n'a jamais virilisé une femme ou un homme féminisé. Elle ne fait pas grandir les seins des hommes et n'interfère pas avec leur virilité, mais où cela était déficient, elle peut l'améliorer. Elle ne fait jamais en sorte que les femmes cultivent une barbe ou développent une voix bourrue. J'ai insisté sur ce point seulement pour le bien de mes lecteurs laïcs, car, il est de notre expérience quotidienne que lorsque les patients entendent le mot hormone ils sautent immédiatement à la conclusion que cela doit avoir quelque chose à voir avec la sphère sexuelle. Ils ne sont pas habitués à penser comme nous que la thyroïde, l'insuline, la cortisone, l'adrénaline, etc…, sont des hormones.

4.7 Importance et puissance de l'HCG

Compte tenu du fait que l'HCG n'a pas d'action directe sur la glande endocrine, son énorme importance dans la grossesse a été négligé et sa puissance sous-estimée. Même si une femme enceinte peut produire jusqu'à un million d'unités par jour, nous constatons que l'injection de seulement 125 unités par jour est suffisante pour réduire le poids au rythme d'environ un demi-kilo par jour, même chez un colosse pesant 400 kilos, quand il est associé à un régime de 500 calories. Il n'est pas exagéré de dire que l'inondation du corps féminin avec l'HCG est de loin l'événement hormonal le plus spectaculaire pendant la grossesse. Elle a une importance énorme de protection maternelle et infantile, et j'irais même jusqu'à dire qu'aucune femme, et certainement pas une obèse, pourrait mener sa grossesse à terme sans elle.

Si je peux être pardonné pour comparer mes compatriotes endocrinologues avec de méchantes marraines, l'HCG a certainement été leur Cendrillon, et je ne peux qu'espérer romantiquement que son effet extraordinaire sur la graisse anormale se révélera être sa marraine fée.

L'HCG est connue depuis plus d'un demi-siècle. C'est la substance qu'Aschheim et Zondek ont si brillamment utilisée pour diagnostiquer précocement la grossesse dans l'urine. En dehors de cela, la seule chose qu'elle ait fait dans les expériences de laboratoire était de produire des rats précoces ce qui n'était pas particulièrement stimulant pour poursuivre les recherches à un moment où des découvertes endocrinologues beaucoup plus palpitantes affluaient de tous les côtés, balayant la HCG dans des eaux plus immobiles.

4.8 Troubles de complication

Certains troubles de complication sont souvent associés à l'obésité et nous devons discuter brièvement de ceux-là. Les troubles associés les plus importants et ceux dans lesquels l'obésité semble jouer un rôle accélérateur ou au moins un rôle aggravant sont les suivants: le type stable de diabète, la goutte, les rhumatismes et l'arthrite, l'hypertension artérielle et le durcissement des artères, maladie coronarienne et hémorragie cérébrale.

Outre le fait qu'ils sont souvent - mais pas nécessairement - associés à l'obésité, ces troubles ont deux choses en commun. Dans chacun d'eux, la recherche moderne est de plus en plus encline à croire que les règlements diencéphaliques jouent un rôle dominant dans leur causalité. L'autre facteur commun est soit qu'ils améliorent soit ne se produisent pas pendant la grossesse. A ce dernier égard, ils sont rejoints par de nombreux autres troubles pas nécessairement associés à l'obésité. De tels troubles sont, par exemple, la colite, les ulcères gastriques ou duodénaux, certaines allergies, le psoriasis, la perte des cheveux, les ongles cassants, la migraine, etc...

Si l'HCG + régime apporte chez les obèses ces changements diencéphaliques qui sont caractéristiques de la grossesse, on peut s'attendre à voir une amélioration dans toutes ces conditions comparable à celle observée dans la vraie grossesse. L'administration de l'HCG le fait d'une manière remarquable.

4.9 Diabète

Chez un parient obèse souffrant d'un cas assez avancé de diabète stable depuis de nombreuses années, durée dans laquelle le sucre dans le sang peut varier de 300-

400 mgs, il est souvent possible d'arrêter tous les médicaments anti-diabète après les quelques premiers jours de traitement. Le sucre dans le sang continue de baisser de jour en jour et atteint souvent des valeurs normales dans 2-3 semaines. Comme pendant la grossesse, ce phénomène n'est pas observé dans le type fragile de diabète, et que certains cas qui sont essentiellement stable peuvent avoir un petit facteur fragile dans leur maquillage clinique, tous les patients obèses et diabétiques doivent être gardés sous surveillance très attentive et expert.

Un cas fragile du diabète est principalement dû à l'incapacité du pancréas à produire suffisamment d'insuline, tandis que dans le type stable, les règlements diencéphaliques semblent être de plus grande importance. C'est peut-être la raison pour laquelle la forme stable répond si bien à la méthode de l'HCG de traitement de l'obésité, alors que pour le type fragile il ne fonctionne pas. Les patients obèses souffrent généralement du type stable mais un type stable peut progressivement se transformer en un fragile, qui est généralement associé à une perte de poids. Ainsi, quand un diabétique obèse constate qu'il est en train de perdre du poids sans régime alimentaire ou traitement, il devrait immédiatement avoir son diabète examiné. Il existe des preuves pour suggérer que le changement de stable à fragile est plus susceptible de se produire chez les patients qui prennent de l'insuline pour leur diabète stable.

4.10 Rhumatisme

Toutes les douleurs rhumatismales, même celles associées à des lésions osseuses démontrables, s'améliorent subjectivement après quelques jours de traitement, et souvent ne nécessitent ni cortisone ni salicylates. Encore une fois il s'agit d'un phénomène bien connu dans la grossesse, et sous le traitement avec HCG + régime l'effet n'est pas moins dramatique. Alors qu'elle ne le fait pas après la grossesse, la douleur des articulations déformées revient après le traitement, mais de plus petites doses de médicaments pour soulager la douleur semble en mesure de la contrôler de manière satisfaisante après la réduction de poids. Dans tous les cas, la méthode HCG permet chez les patients arthritiques obèses d'interrompre le traitement de cortisone prolongé sans réapparition de la douleur. Cela en soi est bienvenu mais il y a l'avantage supplémentaire que le traitement stimule la sécrétion d'ACTH d'une manière physiologique et que cela régénère le cortex surrénalien, qui est apte à souffrir sous traitement prolongé aux corticoïdes.

4.11 Cholestérol

Le degré exact auquel le taux de cholestérol sanguin est impliqué dans le durcissement des artères, l'hypertension et les maladies coronariennes n'est pas encore connu, mais il est désormais largement reconnu que le niveau de cholestérol dans le sang est gouverné par des mécanismes diencéphaliques. Le comportement de cholestérol circulant est donc d'un intérêt particulier lors du traitement de l'obésité avec HCG. Le cholestérol circule sous deux formes, que nous appelons libre et estérifié. Normalement, ces fractions sont présentes dans une proportion d'environ 25% sans 75% de cholestérol estérifié, et c'est la dernière fraction qui endommage les parois des artères. Pendant la grossesse, cette proportion est inversée et il peut être pris pour acquis que l'artériosclérose ne s'aggrave jamais pendant la grossesse pour cette raison.

A ma connaissance, la seule autre condition dans laquelle la proportion d'absence de cholestérol ou estérifié est inversé pendant le traitement de l'obésité avec HCG + régime, quand exactement le même phénomène a lieu. Cela semble être une indication importante de la façon dont un patient sous traitement de HCG ressemble à une femme enceinte dans le comportement diencéphalique.

Lorsque la quantité totale de cholestérol circulant est normale avant le traitement, cette valeur absolue n'est ni significativement augmentée ni diminuée. Mais quand un patient obèse avec un cholestérol anormalement élevé, et montrant déjà des signes de l'artériosclérose, est traité avec l'HCG, sa tension artérielle chute et sa circulation coronaire semble s'améliorer, et pourtant son taux de cholestérol sanguin total peut s'élever à des hauteurs jamais atteintes.

Au début, cela nous a grandement alarmés. Mais nous avons vu que les patients n'étaient pas blessés, même si le traitement a été poursuivi et nous avons trouvé la même chose dans les examens de suivi menés pendant quelques mois alors que le traitement a été poursuivi comme nous avons trouvé dans les examens entrepris quelques mois avant le traitement. Comme l'augmentation est principalement sous la forme inoffensive de cholestérol libre, nous avons

progressivement accueilli le phénomène. Aujourd'hui, nous pensons que la hausse est entièrement due à la libération de dépôts de cholestérol récents qui n'ont pas encore subi la calcification de la paroi artérielle et est donc très bénéfique.

4.12 Goutte

Un comportement identique est trouvé dans le niveau d'acide urique dans le sang chez les patients souffrant de la goutte. Comme on pouvait s'y attendre ces patients subissent une crise aiguë et souvent sévère après les quelques premiers jours de traitement HCG mais demeurent entièrement libres de la douleur, en dépit du fait que leur acide urique sanguin montre souvent une augmentation marquée qui peut persister pendant plusieurs mois après le traitement. Les patients qui ont retrouvé leur poids normal restent sans symptôme indépendamment de ce qu'ils mangent, tandis que ceux qui exigent un deuxième traitement subissent une autre attaque de goutte dès que le deuxième protocole est lancé. Nous ne savons pas encore quels mécanismes diencéphaliques sont impliqués dans la goutte; des facteurs émotionnels jouent peut-être un rôle, et il est bon de rappeler que la maladie ne se produit pas chez les femmes en âge de procréer. Nous donnons maintenant deux comprimés par jour de Zyloric à tous les patients qui ont des antécédents de goutte et qui ont un niveau élevé d'acide urique dans le sang. De cette façon, nous pouvons éviter complètement les attaques pendant le traitement.

4.13 Pression artérielle

Les patients, qui se sont mis au bord de la malnutrition par les régimes amaigrissants exagérés, les laxatifs, etc…, ont souvent une pression anormalement basse de leur sang. Dans ces cas, la pression artérielle augmente à des valeurs normales au début du traitement, puis diminue très graduellement, comme c'est toujours le cas chez les patients ayant une pression artérielle normale. Les valeurs normales sont toujours retrouvées quelques jours après la fin du traitement. De cet abaissement de la pression artérielle pendant le traitement les patients ne sont pas conscients. Lorsque la pression artérielle est anormalement élevée, et à condition qu'il n'y ait pas de lésions rénales détectables, les chutes de pression, comme cela arrive habituellement dans la grossesse. La chute est souvent très rapide, si rapide, en fait, qu'il est parfois conseillé de ralentir le processus avec des médicaments de maintien de la pression jusqu'à ce que la circulation ait eu quelques jours pour s'adapter à la nouvelle situation. D'autre part, parmi les milliers de cas traités, nous n'avons jamais vu un incident qui pourrait être attribué à la baisse plutôt soudaine de la pression artérielle.

Quand une femme souffrant d'hypertension artérielle devient enceinte, sa pression artérielle diminue très rapidement, mais après son accouchement, elle peut augmenter progressivement jusqu'à revenir à son niveau antérieur. De même, une pression artérielle élevée présente avant le traitement de l'HCG a tendance à augmenter de nouveau après que le traitement soit terminé, mais ce n'est pas toujours le cas. Mais les anciens niveaux élevés sont rarement atteints, et nous avons recueilli l'impression que ces rechutes répondent mieux aux médicaments orthodoxes tels que la réserpine qu'avant le traitement.

4.14 Ulcères peptiques

Dans nos cas d'obésité avec ulcères gastriques ou duodénaux, nous avons remarqué une amélioration subjective surprenante malgré un régime qui serait généralement considéré comme le plus inapproprié pour un patient de l'ulcère. Ici aussi, il y a une similitude avec la grossesse, pendant laquelle les ulcères peptiques se produisent rarement. Cependant, nous avons vu deux cas ayant des antécédents de plusieurs hémorragies et pour lesquelles une hémorragie s'est produite dans les 2 semaines suivant la fin du traitement.

4.15 Psoriasis, ongles, cheveux, ulcères variqueux

Comme pendant la grossesse, le psoriasis s'améliore considérablement pendant le traitement mais peut rechuter lorsque le traitement est terminé. La plupart des patients ont spontanément une nette amélioration de l'état des ongles cassants. La chute de cheveux est rarement associée à l'obésité et est temporairement arrêté, bien que dans de très rares cas, une augmentation de la chute de cheveux a été rapportée. Je me souviens d'un cas où une patiente a développé une calvitie inégale - ce qu'on appelle la pelade - après un choc émotionnel grave, juste avant, elle était sur le point de commencer un traitement d'HCG.

Notre dermatologue a diagnostiqué le cas comme particulièrement sévère, prévoyant que tous les cheveux seraient perdu. Il a déconseillé le traitement réducteur, mais compte tenu de mon expérience précédente et du fait que le patient était très soucieux de ne pas reporter la réduction, j'ai discuté de la question avec le dermatologue et il a été convenu que le patient ayant pleine connaissance de la situation, le traitement devrait être commencé. Pendant le traitement, qui a duré quatre semaines, la poursuite du développement des plaques d'alopécie était presque, sinon tout à fait, arrêtée; Toutefois, moins d'une semaine après avoir terminé le traitement de l'HCG, tout le reste des cheveux est tombé comme prévu par le dermatologue. Le point intéressant est que le traitement a été en mesure de reporter ce résultat, mais pas de l'empêcher. La patiente a maintenant une nouvelle chevelure dont elle est fière et à juste titre.

Chez les patients obèses avec de grands ulcères variqueux nous avons été surpris de constater que ces lésions guérissent rapidement sous traitement avec HCG. Depuis, nous avons traité des patients non obèses souffrant d'ulcères variqueux avec des injections quotidiennes de HCG avec une alimentation normale qui a produit d'aussi bons résultats.

4.16 L'Homme "enceinte"

Quand un patient entend qu'il est sur le point d'être mis dans un état qui ressemble, à certains égards, à la grossesse, il est généralement choqué et horrifié. Le médecin doit donc bien expliquer que cela ne signifie pas qu'il sera féminisé et que l'HCG n'interfère en aucune manière avec son sexe. Il doit lui être expliqué que, dans l'intérêt de la propagation des espèces, la nature prévoit un fonctionnement parfait de réglementation dans le diencéphale pendant la grossesse et que nous sommes utilisons simplement cette garantie naturelle comme un moyen de corriger le désordre diencéphalique qui est responsable de son surpoids.

5. TECHNIQUE

5.1 Avertissements

Je dois avertir le lecteur profane que ce qui suit est principalement pour le médecin traitant et certainement pas une amorce à faire soi-même. Beaucoup d'expressions utilisées signifient quelque chose de complètement différent pour un médecin qualifié par rapport à leur usage commun impliqué, et seul un médecin peut interpréter correctement les symptômes qui peuvent survenir pendant le traitement. Tout patient qui pense qu'il peut réduire son poids en prenant quelques «piqûres» et en mangeant moins est non seulement sûr d'être déçu, mais peut se diriger vers de sérieux ennuis. L'avantage que le patient peut tirer à la lecture de cette partie de l'ouvrage est une réalisation plus complète de l'importance pour lui de suivre à la lettre les instructions de son médecin.

Dans le traitement de l'obésité avec la méthode HCG + régime, nous nous occupons de ce qui est peut-être l'organe le plus complexe du corps humain. L'équilibre fonctionnel du diencéphale est délicat, de sorte que tout ce qui se passe dans une partie a des répercussions dans d'autres. Dans l'obésité cet équilibre est en décalage et ne peut être rétabli que si la technique que je vais décrire est suivie implicitement. Même les écarts apparemment insignifiants, en particulier ceux qui semblent à première vue être une amélioration, sont extrêmement susceptibles de produire des résultats plus décevants et même d'annuler l'effet complètement. Par exemple, si l'alimentation est augmentée de 500 à 600 ou 700 calories, la perte de poids est tout à fait insatisfaisante. Si la dose quotidienne d'HCG est portée à plus de 200 unités par jour son action semble souvent être renversée, peut-être parce que les doses plus grandes évoquent une contre-régulation diencéphalique. D'autre part, le diencéphale est un organe extrêmement robuste en dépit de sa complexité incroyable. D'un point de vue évolutif, il est l'un des plus anciens organes de notre corps et son histoire évolutive remonte à plus de 500 millions d'années. Cela l'a rendu extraordinairement adaptable à toutes les exigences naturelles, et est l'une des principales raisons pour lesquelles l'espèce humaine a été capable d'évoluer. Ce que à quoi l'évolution n'a pas préparé étaient les conditions auxquelles la culture humaine et de la civilisation s'exposent maintenant.

5.2 Anamnèse

Quand un patient se présente tout d'abord pour le traitement, nous prenons son histoire générale et notons le moment où les premiers signes de surpoids ont été observés. Nous essayons d'établir le poids maximum que le patient ait eu dans sa vie (à l'exclusion de la grossesse évidemment), quand c'était, et quelles mesures ont été prises jusqu'à présent dans le but de réduire ce poids.

Cela a été notre expérience que les patients qui ont pris des préparations à la thyroïde pendant de longues périodes ont une perte de poids moyenne légèrement plus faible sous traitement avec HCG que ceux qui n'ont jamais pris de la thyroïde. Cela est également le cas chez les patients qui ont pris la thyroïde parce qu'ils avaient un taux métabolique basal anormalement bas. Dans bon nombre de ces cas, la faible BMR n'est pas due à une déficience intrinsèque de la glande thyroïde mais plutôt à un manque de stimulation diencéphalique de la glande thyroïde par le lobe antérieur de l'hypophyse. Nous ne laissons jamais prendre la thyroïde pendant le traitement, et pourtant un BMR qui était très faible avant le traitement est généralement jugé normal après une semaine ou deux de HCG + régime. Inutile de dire que ceci ne s'applique pas aux cas dans lesquels une déficience de la thyroïde a été produite par l'ablation chirurgicale d'une partie d'une glande hyperactive. Il est également très important de déterminer si le patient a pris des diurétiques (pilules pour éliminer l'eau) car cela diminue aussi la perte de poids sous le régime de l'HCG.

Revenons à notre procédure, nous posons ensuite au patient quelques questions auxquelles il est tenu de répondre simplement par «oui» ou «non». Ces questions sont les suivantes: Souffrez-vous de maux de tête? Douleurs rhumatismales? Troubles menstruels? Constipation? L'essoufflement ou l'effort? Chevilles enflées? Vous considérez-vous gourmand? Vous sentez-vous le besoin de manger des collations entre les repas?

Le patient se déshabille alors et est pesé et mesuré. Le poids normal pour sa taille, l'âge, l'accumulation squelettique et musculaire est établie à partir des tableaux de moyennes statistiques, de sorte que chez les femmes il est souvent nécessaire de faire une provision pour notamment les seins grands et lourds. Le degré de surpoids est alors calculé et la durée de ce traitement peut être plus ou moins appréciée sur la base d'une perte moyenne de poids d'un peu moins d'un demi kilo, soit 300-400 grammes par injection, par jour. C'est une caractéristique particulièrement intéressante du traitement de l'HCG que, chez les patients assez coopératifs, ce chiffre est remarquablement constant, indépendamment du sexe, de l'âge et du degré de surpoids

5.3 La durée du traitement

Les patients qui ont besoin de perdre 7 kg, ou moins, ont besoin d'un traitement de 26 jours avec 23 injections quotidiennes. Les trois jours supplémentaires sont nécessaires car tous les patients doivent poursuivre le régime de 500 calories pendant trois jours après la dernière injection. Il s'agit d'une partie essentielle du traitement, parce que s'ils commencent à manger normalement alors qu'il y a encore une trace de HCG dans leur corps, ils prennent du poids de façon alarmante à la fin du traitement. Après trois jours pendant lesquels tout le HCG a été éliminé ce n'est pas le cas parce que le sang n'est alors plus saturé avec de la nourriture et peut donc accueillir un afflux supplémentaire de l'intestin sans augmenter son volume en retenant l'eau.

Nous ne donnons jamais un traitement d'une durée inférieure à 26 jours, même chez les patients qui ont besoin de perdre seulement 2,5 kilos. Il semble que même dans les cas les plus bénins de l'obésité diencéphale, environ trois semaines de repos sont nécessaires de l'effort maximal auquel il a déjà été soumis afin de retrouver pleinement sa capacité de graisse bancaire normale. Cliniquement cela s'exprime dans le fait que, lorsque dans ces cas bénins, le traitement est arrêté dès que le poids est normal, ce qui peut être atteint en une semaine, il est beaucoup plus facilement retrouvé qu'après un cycle complet de 23 injections.

Dès que ces patients ont perdu toute leur graisse superflue anormale, ils commencent à ressentir immédiatement une faim de loup avec des injections continues. C'est parce que l'HCG ne fait que remettre les graisses anormales dans la circulation et ne peut pas, dans les doses utilisées, libérer les dépôts de graisse normale; en effet, il semble empêcher leur consommation. Dès que leur poids statistiquement normal est atteint, ces patients sont mis sur un régime de 800-1000 calories pour le reste du traitement. L'alimentation est agencée de manière à ce que le poids reste parfaitement fixe et est ainsi poursuivie

pendant trois jours après l'injection de 23. C'est seulement alors que les patients sont libres de manger tout ce qu'ils veulent, sauf le sucre et les amidons pendant les trois prochaines semaines.

Ces cas sont fréquents chez les actrices, mannequins, et des personnes qui sont fatiguées de l'obésité, après avoir vu ses ravages dans d'autres membres de leur famille. Les actrices de films expliquent souvent qu'elles doivent peser moins que la normale. Nous refusons catégoriquement de nous conformer à cette demande, d'abord, parce que nous nous engageons à guérir une maladie, pas d'en créer une nouvelle, et, deuxièmement, parce qu'il est dans la nature de la méthode de HCG d'être auto-limitante. Elle devient totalement inefficace dès que toute la graisse anormale est consommée. Les actrices, avec une légère tendance à l'obésité, après avoir essayé toutes sortes de méthodes de réduction de poids, viennent invariablement à la conclusion que leur chiffre n'est satisfaisant que quand elles souffrent d'insuffisance pondérale, tout simplement parce qu'aucune de ces méthodes suppriment leurs dépôts de graisse superflus. Quand elles voient que sous HCG leur chiffre s'améliore hors de toute proportion avec la quantité de poids perdu, elles sont presque toujours contentes de rester au sein de leur poids normal.

Quand un patient a plus de 7 kilos à perdre le traitement prend plus de temps mais le maximum que nous donnons dans un seul protocole est de 40 injections, et en règle générale nous ne permettons pas aux patients de perdre plus de 15 kg à la fois. Le traitement est arrêté lorsque soit les 15 kilos ont été perdus ou 40 injections ont été données. La seule exception que nous faisons est dans le cas de patients obèses grotesques qui peuvent être autorisés à perdre supplémentaires 2 à 3 kilos de plus si cela se produit avant que les 40 injections ne soient administrées.

5.4 Immunité aux HCG

La raison pour limiter un protocole à 40 injections est que d'ici là, certains patients peuvent commencer à montrer des signes d'immunité à l'HCG. Bien que ce phénomène soit bien connu, nous ne pouvons pas encore définir le mécanisme sous-jacent. Peut-être après un certain laps de temps, le corps apprend à se décomposer et à éliminer l'HCG très rapidement, ou éventuellement un traitement prolongé conduit à une sorte de contre-régulation qui annule l'effet du diencéphale.

Après 40 injections quotidiennes, il faut environ six semaines avant que cette prétendue immunité soit perdue et que l'HCG redevienne pleinement efficace. Généralement, après environ 40 injections, les patients peuvent ressentir l'apparition de l'immunité comme de la faim qui était auparavant absente. Dans ces relativement rares cas où des signes de l'immunité développent avant que le cycle complet de 40 injections ait été achevé-disons à la 35ème injection-le traitement doit être arrêté immédiatement, parce que si elle est poursuivie les patients commencent à avoir l'air fatigué et émacié, ils se sentent faibles et affamés, et toute perte de poids obtenue est alors toujours au détriment de la graisse normale. Non seulement ce n'est pas souhaitable mais en plus la graisse normale est également reprise instantanément dès que le patient retourne à un régime sans contraintes.

Les patients qui ont besoin de seulement 23 injections peuvent être injectés chaque jour, y compris le dimanche, car ils n'ont jamais développé une immunité. Chez ceux qui ont 40 injections le début de l'immunité peut être retardé si on leur donne seulement six injections par semaine, en laissant de côté le dimanche ou tout autre jour de leur choix, à condition que ce soit toujours le même jour. Pendant les jours où ils ne reçoivent pas les injections, ils sentent généralement une légère sensation de faim. Au début, nous avons pensé que cela pouvait être purement psychologique, mais nous avons constaté que quand une solution saline normale est injectée à l'insu du patient le même phénomène se produit.

5.5 Menstruation

Pendant les menstruations aucun injection n'est administrée mais le régime se poursuit et ne provoque aucune difficulté; Pourtant, dès que la menstruation est terminée, les patients ont de nouveau très faim à moins que les injections ne soient reprises aussitôt. Il est très impressionnant de voir la souffrance d'une femme qui a continué son régime alimentaire pour un jour ou deux au-delà de la fin de la période sans venir pour son injection, puis d'entendre le lendemain que toute faim a cessé au bout de quelques heures après l'injection et de la voir une fois de plus satisfaite, enjouée et gai. Pendant que nous abordons la question de la menstruation, il doit être ajouté que chez les adolescentes, les règles peuvent dans certains cas rares être retardées et exceptionnellement complètement stoppées. Si, plus

tard cela est induit artificiellement du poids peut être retrouvé.

5.6 Administrations supplémentaires

Les patients nécessitant la perte de plus de 15 kilos doivent avoir un deuxième ou même plusieurs administrations. Un deuxième protocole peut être démarré après un intervalle d'au moins six semaines, même si la pause peut être de plus de six semaines. Quand un troisième, quatrième ou même cinquième protocole est nécessaire, l'intervalle entre ceux-ci doit être fait progressivement dans des intervalles plus longs. Entre les deuxièmes et troisièmes protocoles, huit semaines doivent s'écouler, entre un troisième et quatrième, douze semaines, entre un quatrième et cinquième, vingt semaines et entre un cinquième et sixième, six mois. De cette manière, il est possible d'obtenir une réduction de poids de 45 kilos et plus si nécessaire sans le moindre préjudice pour le patient.

En général, les hommes font légèrement mieux que les femmes et atteignent souvent une perte quotidienne moyenne un peu plus élevée. Les cas très avancés font un peu mieux que ceux plus récents, mais il est un fait remarquable que cette différence est tout juste statistiquement significative.

5.7 Conditions qui doivent être acceptées avant le traitement

Sur la base de ces données, la durée probable du traitement peut être calculée avec une précision considérable et cela est expliqué au patient. Il est clair pour lui que, pendant la durée du traitement, il doit venir à la clinique tous les jours pour être pesé, injecté et généralement vérifié. Tous les patients qui vivent à Rome ou qui ont des amis ou des relations avec qui ils peuvent rester sont traités en ambulatoire mais les patients venant de l'étranger doivent rester à l'hôpital, aucun hôtel ou restaurant ne peut être invoqué pour préparer l'alimentation avec suffisamment de précision. Ces patients ont leurs repas, leur sommeil et leur visite à la clinique à l'hôpital, mais sont par ailleurs libres de passer leur temps à leur guise dans la ville et ses environs en visitant, prendre des bains de soleil ou aller au théâtre

Il est également précisé qu'entre les administrations, le patient ne reçoit aucun traitement et est libre de manger ce qu'il veut, sauf les amidons et le sucre pendant les 3 premières semaines. Il lui est explicitement indiqué qu'il devra suivre le régime prescrit à la lettre et qu'après les trois premiers jours cela ne lui coûtera aucun effort, car il se sentira pas la faim et qu'il pourrait sinon avoir des difficultés à descendre aux 500 calories prescrits. Si ces conditions ne sont pas acceptables, le cas est refusé car tout compromis ou demi-mesure est sera tout à fait décevant aussi bien pour le patient que pour le médecin et sera un gaspillage de temps et d'énergie.

Bien que le patient ne puisse se considérer comme vraiment guéri que lorsqu'il a réduit son poids à un niveau statistiquement normal, nous n'insistons pas sur le fait qu'il s'engage sur ce point. Même une perte partielle de la surcharge pondérale est très bénéfique, et il est de notre expérience que, une fois qu'un patient a terminé un premier protocole, il est si enthousiaste à propos de la facilité avec laquelle - ce qui le surprend- les résultats sont atteints qu'il revient presque toujours pour un autre. Il ne peut y avoir aucun doute sur le fait que, dans ma clinique, plus de temps est consacré à tempérer un enthousiasme exubérant que d'insister que les règles du traitement à respecter.

5.8 L'examen du patient

Ce n'est qu'après accord sur les points discutés jusqu'ici que nous procédons à l'examen du patient. La taille de la première incisive supérieure est notée ainsi que d'un patin de matière grasse sur la nuque du cou, à l'aisselle et sur l'intérieur des genoux. La présence de stries, un pli sous-pubien, un pli thoracique, angulation de coude et de genou, le développement de la poitrine chez les hommes et les femmes, un œdème des chevilles et l'état de développement des organes génitaux chez l'homme sont à noter.

Partout où cela semble indiqué, nous faisons un XRAY de la selle turcique, comme est appelée la capsule osseuse qui contient la glande pituitaire, nous mesurons le taux métabolique de base, X-ray de la poitrine et faisons un électrocardiogramme. Nous faisons une numération sanguine et relevons le taux de sédimentation, nous estimons l'acide urique, le cholestérol, l'iode et le sucre dans le sang à jeun.

5.9 Gain avant perte

Les patients dont l'état général est faible, en raison d'un régime précédent excessif, doivent manger à la capacité pendant environ une semaine avant le début du traitement, indépendamment du poids qu'ils peuvent gagner dans le processus. On ne peut pas avoir un patient confortable sur 500 Calories à moins que ses réserves de graisse normales soient relativement bien approvisionnées. C'est également pour cette raison que tous les cas, même ceux qui prennent réellement du poids, doivent manger à la capacité de la nourriture la plus grasse jusqu'à ce qu'ils aient la troisième injection. C'est une erreur fondamentale de mettre un patient sur 500 Calories dès que les injections sont commencées, alors qu'environ trois injections semblent nécessaires avant que les lipides anormalement déposés commencent à circuler et donc deviennent disponibles.

Nous distinguons les trois premières injections, que nous appelons "non efficaces" dans la mesure où la perte de poids est concernée, et les injections administrées ultérieurement alors que le patient suit un régime, que nous appelons «efficaces». La perte moyenne de poids est calculée sur le nombre d'injections efficaces et à partir du poids atteint le jour de la troisième injection qui peut être bien supérieur à ce qu'il était deux jours plus tôt lorsque la première injection a été administrée.

La plupart des patients qui ont été aux prises avec des régimes pendant des années et savent comment ils gagnent rapidement du poids si elles se laissent aller sont très difficiles à convaincre de la nécessité absolue de se gaver pendant au moins deux jours. Cela doit être catégoriquement appliqué si la suite du traitement doit fonctionner correctement. Les patients qui doivent être mis sur l'alimentation forcée pendant une semaine avant le début des injections gagnent habituellement du poids rapidement - 2 à 3 kilos dans les 24 heures n'est pas rare - mais après un jour ou deux ce gain rapide en général se stabilise. De toutes les façons, tout le gain est généralement perdu dans les 48 premières heures d'un régime amaigrissant. Il est nécessaire de procéder de cette façon parce que le gain remplit des réserves normales épuisées, tandis que la perte subséquente est seulement de dépôts anormaux.

Les patients dans un état général satisfaisant, et ceux qui n'ont pas juste avant limité leur alimentation, débutent le régime d'alimentation forcée le jour de la première injection. Certains patients disent qu'ils ne peuvent plus trop manger parce que leur estomac a rétréci après des années de restrictions. Alors que nous savons bien que l'estomac ne rétrécit jamais, nous faisons un compromis en insistant sur le fait qu'ils mangent souvent des aliments très concentrés, comme le chocolat au lait, des pâtisseries avec du sucre à la crème fouettée, viandes frites (notamment du porc), des œufs et du bacon, mayonnaise, pain avec du beurre épais et confiture, etc. Le temps et la peine consacrés à expliquer ce point aux patients incrédules ou réticents sont toujours largement récompensés par la suite par l'absence totale de ces difficultés pour les patients qui ont tenu compte de ces instructions et sont susceptibles de faire l'expérience.

Pendant les deux jours de l'alimentation forcée, de la première à la troisième injection, de nombreux patients sont surpris de constater que, contrairement à leurs expériences précédentes, ils ne prennent pas de poids et certains en perdent même. L'explication est que, dans ces cas, il y a un flux de compensation de l'urine, qui draine l'excès d'eau du corps. Dans une certaine mesure, cela semble être une action directe de l'HCG, mais elle peut aussi être due à un apport en protéines supérieur, nous savons qu'un régime riche en protéines déficientes fait que le corps retient l'eau.

5.10 Commencer le traitement

Chez les femmes menstruées, le meilleur moment pour commencer le traitement est immédiatement après leurs règles. Le traitement peut également être lancé plus tard mais il est conseillé de le débuter au moins dix jours avant le début de la menstruation suivante. De même, la fin d'un protocole ne doit jamais être amenée à coïncider avec le début de la menstruation. Si les choses doivent en arriver là, il est préférable de donner la dernière injection trois jours avant la date prévue des règles de sorte qu'un régime alimentaire normal peut être repris au début. Sinon, au moins trois injections doivent être faites après la menstruation, suivie des trois jours habituels de régime. Cette règle ne doit pas être observée chez les patientes qui ont atteint leur poids normal avant la fin du traitement et qui sont déjà à un régime plus élevé de calories.

Les patients qui ont besoin de plus que le minimum de 23 injections et qui sautent donc un jour par semaine afin de retarder l'immunité de l'HCG ne peuvent pas avoir leur troisième injection le jour

avant la pause. Ainsi, si l'on décide d'éviter le dimanche, le traitement peut être commencé n'importe quel jour de la semaine sauf le jeudi. En supposant qu'ils commencent le jeudi, ils auront leur troisième injection le samedi, qui est également la date à laquelle ils commencent leur régime de 500 calories. Ils n'auraient alors aucune injection la deuxième journée de régime; ce qui les expose à une contrainte inutile, car sans l'injection, ils ont particulièrement faim. Bien sûr, la difficulté peut être surmontée en leur faisant l'injection, exceptionnellement, le premier dimanche. Si ce jour se situe entre la première et la deuxième ou entre la deuxième et la troisième injection, on préfère en général donner au patient la journée supplémentaire de gavage, dont la majorité jouira sans limites.

5.11 Le régime

Le régime de 500 calories est expliqué le jour de la seconde injection pour les patients qui prépareront leur propre nourriture, et il est très important que la personne qui fait cuire soit présente - l'épouse, la mère ou le cuisinier, quel que soit le cas. Ici, en Italie les patients reçoivent la feuille de régime suivante :

Thé ou café dans n'importe quelle quantité sans sucre. Seulement une cuillerée à soupe de lait autorisé toutes les 24 heures.

La stevia ou la saccharine peuvent être utilisées.

Déjeuner:

1) 100 grammes de viande de veau, de bœuf, de poulet, de poisson blanc frais, homard, crabe, ou crevettes. Tout le gras visible doit être soigneusement retiré avant la cuisson et la viande doit être pesée crue. Elle doit être bouillie ou grillée sans graisse supplémentaire. Saumon, l'anguille, le thon, le hareng, le poisson séché ou mariné n'est pas autorisé. Le blanc de poulet doit être retiré de l'oiseau.

2) Un seul type de légume doit être choisi parmi les suivants: épinards, bette, chicorée, feuilles de betterave, salade verte, tomates, céleri, fenouil, oignons, radis rouges, concombres, les asperges, le chou.

3) Une flute (petite baguette de pain ou gressin) ou un pain grillé Melba.

4) Une pomme ou une poignée de fraises ou un demi-pamplemousse ou orange.

Dîner:

Les quatre mêmes choix que le déjeuner.

Le jus quotidien d'un citron est autorisé pour tous les usages. Sel, poivre, vinaigre, poudre de moutarde, ail, basilic, persil, thym, marjolaine, etc... Peuvent être utilisés pour l'assaisonnement mais pas l'huile, le beurre ou la sauce.

Thé, café, eau plate ou minérale sont les seules boissons autorisées mais peuvent être prises dans n'importe quelle quantité et tout le temps.

En fait, le patient devrait boire environ deux litres de ces liquides par jour. Beaucoup de patients ont peur de noire autant car ils ont peur de faire encore plus de rétention d'eau. C'est une notion fausse car le corps est plus enclin à emmagasiner l'eau quand l'ingestion est plus basse que ses besoins normaux

Les fruits ou la flûte (de pain) peuvent être mangés entre les repas au lieu de pendant le déjeuner ou le dîner mais pas plus de 4 aliments listés peuvent être mangés lors d'un même repas.

Aucun médicament ou produit cosmétique, autre que le rouge à lèvres, le stylo à sourcil ou la poudre, ne peuvent être utilisés sans permission spéciale.

Chaque élément de la liste a été étudié attentivement, soulignant sans cesse qu'aucunes variations autres que celles énumérées ne peuvent être introduites. Toutes les choses qui ne figurent pas sont interdites et le patient est assuré que rien d'admissible n'a été laissé de côté. Les 100 grammes de viande doivent scrupuleusement être pesé cru après que tout le gras visible ait été supprimé. Pour ce faire précisément le patient doit avoir une balance précise et comme ni les balances de cuisine ni le boucher ne sont pas suffisamment précis ils ne devraient pas être utilisés. Ces patients ne sont pas rares, qui estiment que, même si peu de nourriture est trop pour eux, ils peuvent omettre tout ce qu'ils souhaitent.

Il n'y a aucune objection à diviser les deux repas. Par exemple avoir une ficelle de pain et une pomme pour le petit déjeuner ou avant d'aller au lit, à condition qu'ils soient déduits des repas réguliers. L'ensemble de la ration quotidienne de deux gressins ou de deux

fruits ne peut être consommé en même temps, et ne peut non plus être consommée le lendemain. Chez les patients débutants il est conseillé de vérifier chaque repas avec leur feuille de régime avant de commencer à manger et ne pas se fier à leur mémoire. Il est également intéressant de souligner que toute tentative visant à observer ce régime sans HCG conduit à des problèmes dans les deux à trois jours. Nous avons eu des cas dans lesquels les patients ont fièrement fait étalage de leurs pouvoirs de régime en face de leurs amis, sans mentionner le fait qu'ils reçoivent également un traitement avec HCG. Ils ont laissé leurs amis essayer la même alimentation, et quand cela s'avère être un échec - car cela l'est nécessairement - le patient commence à ratisser des félicitations imméritées pour sa volonté surhumaine.

Il convient également de mentionner que deux petites pommes pesant autant qu'une seule grande n'en auront pas moins ont une valeur calorique plus élevée et ne sont donc pas autorisés même s'il n'y a pas de restriction sur la taille d'une pomme. Certaines personnes ne réalisent pas que la poitrine de poulet ne veut pas dire la poitrine de toute autre volaille, cela ne signifie pas une aile ou le pilon.

Les patients les plus pénibles sont ceux qui commencent à compter les calories et puis qui viennent avec toutes sortes de variations ingénieuses qu'ils compilent dans leurs petits livres. Quand on a passé des années de recherche fatigante à essayer de faire un régime aussi attrayant que possible sans compromettre la perte de poids, des génies culinaires qui sont là pour améliorer leur sort malheureux sont difficiles à gérer.

5.12 Les calories

Le régime alimentaire est utilisé en conjonction avec l'HCG et ne doit pas dépasser 500 calories par jour, et la façon dont ces calories sont constituées est de la plus haute importance. Par exemple, si un patient ne mange pas la pomme et la remplace par une ficelle de pain supplémentaire, il n'aura pas plus de calories mais il ne perdra pas de poids non plus. Il y a un certain nombre d'aliments, en particulier les fruits et légumes, qui ont la même ou des valeurs caloriques encore plus basses que ceux qui sont énumérées comme admissibles, et pourtant, nous constatons qu'ils interfèrent avec la perte régulière de poids sous HCG, sans doute en raison de la nature de leur composition. Poivrons pimenté, le gombo, les artichauts et les poires sont des exemples.

Bien que ce régime fonctionne de manière satisfaisante en Italie, certaines modifications doivent être faites dans d'autres pays. Par exemple, le bœuf américain a presque le double de la valeur calorique du bœuf italien du Sud, qui n'est pas marbré avec de la graisse. Ce persillage est impossible à enlever. En Amérique, par conséquent, le veau de grade bas doit être utilisé pour un repas et le poisson (à l'exclusion de toutes les espèces telles que le hareng, le maquereau, le thon, le saumon, l'anguille, etc..., qui ont une teneur élevée en matières grasses, et tout poisson séché, fumé ou mariné), poitrine de poulet, le homard, la langouste, les crevettes ou de crevettes, chair de crabe ou les reins pour les autres repas. Lorsque les bâtons italiens, les soi-disant gressins, ne sont pas disponibles, un pain grillé Melba peut être utilisé à la place, mais ils sont psychologiquement moins satisfaisant. Un toast Melba a environ le même poids que le gressin très poreux qui est beaucoup plus gros à voir et à mâcher.

Lorsque les conditions locales ou les habitudes alimentaires de la population imposent des changements nécessaires, il faut garder à l'esprit que la dose journalière totale ne doit pas dépasser 500 calories pour que les meilleurs résultats possibles soient obtenus et que la ration journalière doit contenir 200 grammes de matière grasse protéine libre et une très petite quantité d'amidon.

Tout comme la dose quotidienne de HCG est la même dans tous les cas, si le même régime s'avère satisfaisant pour une petite dame âgée à la retraite ou un géant musclé qui travaille dur. Sous l'effet de l'HCG le corps obèse est toujours en mesure d'obtenir toutes les calories dont il a besoin à partir des dépôts de graisse anormaux, indépendamment du fait qu'il utilise jusqu'à 1500 ou 4000 par jour. Il doit être très clair pour le patient qu'il vit davantage de la graisse qu'il est en train de perdre que de ce qu'il mange.

Beaucoup de patients se demandent pourquoi les œufs ne sont pas autorisés. Le contenu des deux bons œufs de bonne taille est à peu près équivalent à 100 g de viande, mais, malheureusement, le jaune contient une grande quantité de matières grasses, ce qui est indésirable. Très occasionnellement, nous permettons œuf - bouilli, poché ou cru - pour les patients qui développent une aversion pour la viande, mais dans ce cas il faut ajouter le blanc de trois œufs à celui

qu'ils mangent. Dans les pays où le fromage fabriqué à partir de lait écrémé est disponible, 100 grammes peuvent parfois être utilisées à la place de la viande, mais aucun autre fromage n'est autorisé.

5.13 Les végétariens

Les végétariens stricts tels que les hindous orthodoxes posent un problème particulier car le lait caillé est la seule protéine animale qu'ils vont manger. Pour leur fournir suffisamment de protéines d'origine animale, ils doivent boire 500 cc de lait écrémé par jour, même si une partie de cette ration peut être prise comme caillé. En ce qui concerne les fruits, les légumes et l'amidon, leur alimentation est la même que celle du non-végétarien; ils ne peuvent pas être autorisés à avoir leur apport habituel de protéines végétales de plantes légumineuses, comme les haricots ou le blé ou les noix, ils ne peuvent pas avoir leur riz habituel. En dépit de ces restrictions sévères, la perte moyenne est d'environ la moitié de celle des non-végétariens, vraisemblablement en raison de la teneur en sucre du lait.

5.14 Suivre un régime imparfait

Peu de patients croiront sur parole que le moindre écart par rapport à l'alimentation sous HCG a des résultats désastreux dans la mesure où le poids est concerné. Cette sensibilité extrême a l'avantage que la moindre erreur est immédiatement détectable à la pesée quotidienne mais la plupart des patients doivent en faire l'expérience avant de le croire.

Les personnes occupant des postes officiels élevés tels que le personnel de l'ambassade, politiciens, cadres supérieurs, etc…, qui sont tenus d'assister à des fonctions sociales auxquelles ils ne peuvent pas apporter leur maigre repas doivent être informés à l'avance qu'un dîner officiel va leur coûter la perte de trois jours de traitement, même s'ils sont prudents et malgré une ambiance conviviale et un hôte prétendument coopératif. Nous leur conseillons généralement à éviter tout embarras car il est presque inévitable que la conversation tourne autour de leur problème de poids et il y aura une véritable effusion de conseils delà part de leurs partenaires de table en ne leur faisant pas savoir qu'ils sont sous traitement. Ils devraient prendre de délicates portions de tout, laisser ce qu'ils peuvent dans les couverts et prendre le gain de poids et considérer que cela peut prendre trois jours pour s'en débarrasser car c'est un des sacrifices de leur profession. En laissant trois jours pour leur correction, de tels incidents ne compromettent pas le traitement, à condition qu'elles ne se produisent pas trop souvent auquel cas le traitement doit être reporté à une saison socialement plus paisible.

5.15 Vitamines et anémie

Tôt ou tard, la plupart des patients expriment une crainte qu'ils peuvent être à court de vitamines ou que le régime restreint peut rendre anémique. Sur ce point le médecin peut en toute confiance soulager leur appréhension en expliquant que chaque fois qu'ils perdent un demi-kilo de tissu adipeux, ce qu'ils font presque tous les jours, c'est la graisse réelle qui est brûlé à la place; toutes les vitamines, les protéines, le sang, et les sels minéraux que ce tissu contient en abondance sont réintroduites dans le corps. En fait, un faible nombre de globules, non dû à un trouble grave de tissus sanguins, s'améliore pendant le traitement, et nous n'avons jamais rencontré un déficit en protéine important ni signes d'un manque de vitamines chez les patients qui suivent un régime régulièrement.

5.16 Les premiers jours de traitement

Le jour de la troisième injection, il est presque banal d'entendre deux remarques. L'une est: "Vous savez, docteur, je suis sûr que c'est seulement psychologique, mais je me sens déjà très différent". Cette remarque est si banale même chez les patients très sceptiques que nous hésitons à accepter l'interprétation psychologique. L'autre remarque est typique: "Maintenant que j'ai le droit de manger ce que je veux, je ne peux pas l'ingérer. Depuis hier, je me sens comme un cochon plein. La nourriture ne semble plus m'intéresser et j'ai hâte de me concentrer sur votre régime alimentaire ". Beaucoup de patients remarquent qu'ils urinent davantage et que le gonflement dans leur chevilles est inférieure avant même de commencer un régime.

Le jour de la quatrième injection la plupart des patients déclarent qu'ils se sentent bien. Ils ont généralement perdu un kilo ou plus, certains disent qu'ils se sentent un peu vides mais s'empressent d'expliquer que cela n'est pas de la faim. Certains se plaignent d'un léger mal de tête dont ils ont été

prévenus et pour lesquels ils ont reçu l'autorisation de prendre de l'aspirine.

Au cours des deuxièmes et troisièmes jours de régime - qui sont les cinquièmes et sixièmes injections-ces plaintes mineures s'améliorent tandis que le poids continue de baisser à environ le double de la moyenne globale habituelle de près d'un demi kilo par jour, de sorte que le cas modérément sévère peut, au quatrième jour de régime avoir perdu jusqu'à 3,5 à 4,5 kilos.

C'est généralement à ce point qu'une différence apparaît entre les patients qui ont littéralement mangé à pleine capacité au cours des deux premiers jours de traitement et ceux qui ne l'ont pas fait. Ces derniers se sentent remarquablement bien; ils n'ont pas faim, ni ne se sentent tentés quand d'autres mangent normalement à la même table. Ils se sentent plus légers, plus lucide et remarquent un désir d'aller de l'avant tout à fait contraire à leur léthargie précédente. Ceux qui ont ignoré les conseils de manger à la capacité continuent d'avoir des malaises mineurs et n'ont pas le même sens euphorique d'être jusqu'à une semaine plus tard. Il semble que leurs réserves de graisse normales exigent beaucoup plus de temps avant qu'ils ne soient entièrement approvisionnés.

5.17 Les fluctuations de la perte de poids

Après le quatrième ou cinquième jour de régime quotidien, la perte de poids commence à diminuer à un demi kilo ou un peu moins par jour et il y a un plus petit débit urinaire. Les hommes continuent souvent à perdre régulièrement à ce taux, mais les femmes sont plus irrégulières en dépit d'un régime amaigrissant sans faille. Il peut n'y avoir aucune baisse du tout pendant deux ou trois jours, puis une perte soudaine qui rétablit la moyenne normale. Ces fluctuations sont entièrement dues à des variations de la conservation et de l'élimination de l'eau, qui sont plus marquées chez les femmes que chez les hommes.

Le poids enregistré par l'échelle est déterminé par deux processus pas nécessairement synchronisés sous l'influence de l'HCG. La graisse est extraite à partir des cellules, dans lesquelles elle est stockée dans le tissu adipeux. Lorsque ces cellules sont vides et donc ne servent à rien, le corps se décompose la structure cellulaire et l'absorbe, mais la rupture des cellules inutiles, le tissu conjonctif, des vaisseaux sanguins, etc…, peut être en retard le processus de graisse-extraction. Quand cela arrive, le corps apparaît pour remplacer une partie de la matière grasse extraite avec de l'eau qui est retenue à cet effet. Comme l'eau est plus lourd que la graisse les échelles peuvent ne montrent pas de perte de poids, bien que suffisamment de gras a été effectivement consommée pour compenser le déficit dans le régime alimentaire de 500 calories. Quand un tel tissu est finalement décomposé, l'eau est libérée et il existe un afflux soudain de l'urine et une forte perte de poids. Cette simple interprétation de ce qui est vraiment un mécanisme extrêmement complexe est celui que nous donnons ces patients qui veulent savoir pourquoi il est que certains jours ils ne perdent pas, bien qu'ils n'aient commis aucune erreur alimentaire

Les patients qui ont déjà utilisé régulièrement des diurétiques comme méthode de réduction, perdent de la graisse au cours des deux ou trois premières semaines de traitement ce qui se voit dans leurs mesures, mais l'échelle peut montrer peu ou pas de perte parce qu'ils remplacent le contenu de l'eau normale de leur corps qui a été déshydraté. Les diurétiques ne doivent jamais être utilisés pour réduire.

5.18 Interruptions de la perte de poids

On distingue quatre types d'interruption dans la perte quotidienne régulière. Le premier est celui qui a déjà été mentionné, dans lequel le poids reste stationnaire pendant un jour ou deux ce qui se produit, en particulier, vers la fin d'un protocole, dans presque tous les cas.

5.18.1 Le Plateau

Le deuxième type d'interruption que nous appelons un «plateau». Un plateau dure 4-6 jours et se produit fréquemment au cours de la seconde moitié d'un cycle complet, en particulier chez les patients qui ont été bien faites et dont la moyenne globale de près d'un livre par injection efficace a été maintenue. Ceux qui sont en train de perdre plus que la moyenne atteignent tous un plateau tôt ou tard. Un plateau se corrige toujours de lui-même mais de nombreux patients qui se sont habitués à une perte quotidienne régulière deviennent inutilement inquiets. Aucune explication ne les convainc qu'un plateau ne veut pas

dire qu'ils ne répondent plus normalement à un traitement.

Dans de tels cas, nous considérons qu'il est permis, pour des raisons purement psychologiques, de briser le plateau. Cela peut se faire de deux façons. L'un est appelé «jour de pomme". Une journée de la pomme commence à midi et se poursuit jusqu'à juste avant le déjeuner du lendemain. Les patients reçoivent six grosses pommes et il leur est dit qu'ils peuvent en manger une à chaque fois qu'ils en ressentent le désir mais que six pommes est le maximum autorisé. Lors d'une journée de la pomme aucune autre nourriture ou liquide, à l'exception de l'eau plate, sont autorisés et l'eau qu'ils peuvent boire est juste assez pour étancher une soif après avoir mangé une pomme qui peut les laisser assoiffés. La plupart des patients se ressentent pas le besoin d'eau et sont très heureux avec leurs six pommes. Inutile de dire qu'une journée de la pomme ne peut jamais être faite le jour où il n'y a pas d'injection. La journée de la pomme entraîne une perte de poids gratifiante le jour suivant, principalement en raison de l'élimination de l'eau. Cette eau n'est pas reprise lorsque les patients reprennent leur régime normal de 500 calories pour le déjeune et, les jours suivants, ils continuent de perdre du poids de façon satisfaisante.

L'autre façon de briser un plateau est de donner un diurétique non-mercuriel pendant une journée. C'est plus simple pour le patient mais nous préférons la journée de la pomme que nous trouvons parfois que, même si le diurétique est très efficace le jour suivant, cela peut prendre deux à trois jours avant que la réduction journalière retrouve son fonctionnement normal, jetant le patient dans une nouvelle forme du désespoir. Il est inutile de proposer une journée de la pomme ou un diurétique à moins que le poids ne soit resté immobile pendant au moins quatre jours sans qu'aucune erreur alimentaire ait été commise.

5.18.2 Atteindre un niveau antérieur

Le troisième type d'interruption dans la perte régulière de poids peut durer beaucoup plus longtemps - dix jours à deux semaines. Heureusement, elle est rare et ne se produit que dans des cas très avancés et presque jamais au cours du premier cycle de traitement. On ne le voit que chez les patients qui, pendant une certaine période de leur vie, ont maintenu un certain degré fixe d'obésité pendant dix ans ou plus et qui ont, à un certain moment augmenté rapidement au-delà de ce poids. Quand, dans le cadre du traitement l'ancien niveau est alors atteint, il peut y avoir deux semaines sans perte de poids, en dépit de l'HCG et de l'alimentation, avant que la poursuite de la réduction soit normalement reprise.

5.19 Interruption menstruelle

Le quatrième type d'interruption est celle qui se produit souvent quelques jours avant et pendant la menstruation chez certaines femmes au moment de l'ovulation. Il faut aussi mentionner que quand une femme devient enceinte pendant le traitement - et ce n'est pas du tout rare - elle cesse immédiatement de perdre du poids. Un arrêt inexpliqué de réduction a, à plusieurs reprises, évoqué nos soupçons avant que les premières règles aient été manquées. Si, en pareil cas, la menstruation est retardée, nous nous arrêtons d'injecter et faisons un test de précipitation cinq jours plus tard. Aucun test de grossesse ne doit être effectué au plus tôt cinq jours après la dernière injection, sinon la HCG peut donner un résultat faussement positif.

Les contraceptifs oraux peuvent être utilisés pendant le traitement.

5.20 Les erreurs alimentaires

Toute interruption de la perte normale de poids qui ne s'adapte pas parfaitement à une de ces catégories est toujours due à une erreur alimentaire peut-être très mineure. De même, un gain de plus de 100 grammes est toujours le résultat d'une transgression ou d'une erreur, à moins que cela n'arrive le jour, ou dans les environs du jour, de l'ovulation ou pendant les trois jours précédant l'apparition des menstruations, dans ce cas, il est ignoré. Dans tous les autres cas la cause de l'amplification doit être établie immédiatement.

Le patient qui admet franchement qu'il a sorti de son régime quand on lui dit que quelque chose à mal tourné n'est pas un problème. Il est toujours surpris d'être découvert, parce que, à moins qu'il ne le voie de ses propres yeux, il ne pourra croire qu'une amande salée, quelques chips, un verre de jus de tomate ou une orange supplémentaire entraînera une nette augmentation de son poids le jour suivant.

Très souvent, il veut savoir pourquoi la nourriture supplémentaire pesant un gramme augmente son

poids de six grammes. Nous expliquons cela de la manière suivante: Sous l'influence de l'HCG le sang, est saturé avec de la nourriture et le volume de sang s'est adapté de sorte qu'il peut à peine accueillir les 500 calories qui viennent dans le tractus intestinal au cours de la journée. Tout apport supplémentaire, aussi petit qu'il en soit, ne peut être logé et le sang est donc forcé d'augmenter son volume suffisamment pour tenir la nourriture supplémentaire, ce qu'il ne peut faire que sous une forme très diluée. Ce n'est donc pas le poids de ce que l'on mange qui joue le rôle déterminant, mais plutôt la quantité d'eau que le corps doit conserver pour tenir compte de cette nourriture.

Ceci peut être illustré en mentionnant le cas du sel. Afin de maintenir une cuillerée à café de sel, le corps nécessite un litre d'eau car il ne peut pas accueillir de sel dans une concentration plus élevée. Ainsi, si une personne mange une cuillerée à café de sel son poids va augmenter de plus d'un kilo dès que ce sel est absorbé par son intestin.

À cette explication de nombreux patients répondent: Eh bien, si je rajoute autant à chaque fois que je mange un peu plus, comment puis-je tenir mon poids après le traitement? Il doit donc être clair que cela ne se passe que tant qu'ils sont sous HCG. Lorsque le traitement est terminé, le sang n'est plus saturé et peut facilement accueillir un supplément de nourriture sans avoir à augmenter son volume. Là encore le lecteur professionnel sera conscient que cette interprétation est une simplification d'un processus physiologique très complexe qui représente en fait le phénomène.

5.21 Sel et réduction

Pendant que nous sommes sur le sujet du sel, je peux saisir cette occasion pour expliquer que nous ne faisons aucune restriction dans l'utilisation du sel et insistons pour que les patients boivent de grandes quantités d'eau pendant le traitement. Nous sommes là pour réduire la graisse anormale et ne sommes pas le moins du monde intéressés par ces pertes de poids illusoires qui peuvent être réalisées en privant le corps de sel et en le desséchant. Bien que nous laissons le libre usage de sel, la quantité journalière prise doit être à peu près la même, car une augmentation soudaine sera bien entendu suivie d'une augmentation correspondante de poids comme indiquée par l'échelle. Une augmentation de la consommation de sel est l'une des causes les plus communes pour une augmentation de poids d'un jour à l'autre. Une telle augmentation peut être ignorée, à condition qu'elle soit prise en compte, car elle n'a pas d'influence sur la perte régulière de graisse.

5.22 Eau

Il est généralement difficile de convaincre les patients que la quantité d'eau qu'ils conservent n'a rien à voir avec la quantité d'eau qu'ils boivent. Lorsque le corps est obligé de retenir l'eau, il le fera à tous les coûts. Si la consommation de liquide est insuffisante pour fournir toute l'eau nécessaire, le corps retient l'eau par les reins et l'urine devient maigre et très concentrée, imposant une certaine pression sur les reins. Si cela est insuffisant, l'excès d'eau sera retiré de la région intestinale, de sorte que les selles deviennent dures et sèches. D'autre part, si un patient boit plus que son corps a besoin, le surplus est rapidement et facilement éliminé. Essayer d'empêcher le corps de retenir l'eau en buvant moins est donc non seulement inutile, mais même nuisible.

5.23 Constipation

Un excès d'eau maintient les selles molles, ce qui est très important chez les obèses, qui souffrent souvent de constipation et d'un côlon spastique. Alors que le patient est sous traitement, nous ne permettons pas l'utilisation de tout type de laxatif pris par la bouche. Nous expliquons que, grâce à la diète restreinte, il est tout à fait satisfaisant et normal d'avoir une évacuation de l'intestin qu'une fois tous les trois à quatre jours et que, pourvu que beaucoup de liquides soient pris, cela ne mène à aucune perturbation. Uniquement pour les patients qui commencent à s'inquiéter après quatre jours nous permettons l'utilisation d'un suppositoire. Les patients qui observent cette règle constatent qu'après le traitement ils obtiennent une action de l'intestin parfaitement normal et cela ravit beaucoup d'entre eux presque autant que leur perte de poids.

5.24 Enquête sur les erreurs alimentaires

Quand la raison d'un léger gain de poids n'est pas immédiatement évidente, il est nécessaire d'enquêter davantage. Un patient qui n'est pas au courant d'avoir commis une erreur ou n'est pas disposé à admettre

une erreur peut protester d'indignation quand on lui dit qu'il a fait quelque chose qu'il n'aurait pas dû faire. Dans cette atmosphère, aucune enquête fructueuse ne peut être effectuée; si nous expliquons calmement que nous ne l'accusons pas mais que nous savons avec certitude, d'après notre expérience non négligeable, que quelque chose s'est mal passée et que nous devons maintenant nous asseoir tranquillement ensemble et essayer de trouver ce que c'était. Une fois que le patient se rend compte qu'il est dans son propre intérêt qu'il joue un rôle actif et non pas seulement un rôle passif dans cette recherche, la raison de l'échec est presque toujours découverte. Après avoir fait des centaines de ces sessions, nous sommes presque toujours en mesure de distinguer le menteur volontaire du patient qui se trompe simplement ou qui n'est vraiment pas au courant d'avoir commis une erreur.

5.25 Menteurs et Imbéciles

Quand nous voyons des patients obèses nous sommes généralement deux présents pour accélérer le traitement de routine. Ainsi, lorsque nous devons enquêter sur une augmentation de poids, un coup d'œil suffit pour s'assurer que nous sommes d'accord ou en désaccord. Si, après quelques questions, nous sommes raisonnablement sûrs que le patient ment délibérément, nous lui disons que c'est notre opinion et nous avertissons que s'il ne dit pas la vérité, nous pourrions refuser de poursuivre le traitement. La façon dont il réagit à cela fournit une preuve supplémentaire que nous sommes sur la bonne voie ou pas; nous faisons maintenant très rarement une erreur.

Si le patient se décompose et se confesse, nous craquons et nous lui pardonnons et le traitement continue. Pourtant, si ces performances doivent être répétées plus de deux ou trois fois, nous refusons de poursuivre le traitement. Cela se produit dans moins de 1% des cas. Si le patient est têtu et n'admet pas ce qu'il a fait, nous lui donnons habituellement une dernière chance et continuons même si nous avons été incapables de trouver la raison de son gain. Dans de nombreux cas, il n'y a pas de répétition, et souvent le patient confesse quelques jours plus tard, après qu'il ait réfléchi à tout cela.

Le patient qui se trompe lui-même est celui qui a commis un écart, une infraction aux règles, mais qui a su se convaincre que ce n'était pas important et ne peut absolument pas être la raison de sa prise de poids. Les femmes semblent particulièrement enclines à s'empêtrer dans de telles illusions. D'autre part, il arrive fréquemment que le patient soit au milieu d'une conversation et qu'il harponne, sans réfléchir, une olive ou oublie qu'il a déjà mangé son pain.

Une mère qui prépare la nourriture pour la famille peut par pure habitude oublier qu'elle ne doit pas goûter la sauce pour voir si elle a besoin de plus de sel. Parfois, la tante d'une jeune fille riche ne peut être offensée en refusant une tasse de thé dans laquelle elle a mis deux cuillères à café de sucre, se souvenant pensivement le goût du patient lors de précédentes occasions. De tels incidents sont légion et sont généralement avoués sans hésitation, mais certains patients semblent véritablement capable d'oublier ces lacunes et s'en souvenir avec un choc visible lors d'une interrogation insistante.

Dans ces cas, nous revoyons soigneusement le cours de la journée. Parfois, le patient a été invité à un repas ou est allé à un restaurant, croyant naïvement que la nourriture a effectivement été préparée exactement selon les instructions. Ils diront: «Oui, maintenant que j'y pense, le steak semblait un peu plus grand que celui que j'ai à la maison, et avait un meilleur goût; peut-être y avait-il un peu de graisse sur elle, je leur ai pourtant dit de la retirer". Parfois, les gressins ont été brisés et quelques fragments consommés, et "Peut-être qu'il y en avait un peu plus d'un". Il n'est pas rare que les patients accordent trop d'importance à leur mémoire de la feuille d'alimentation et commencent à manger des carottes, des haricots ou des pois, puis semblent vraiment surpris lorsque leur attention est attirée sur le fait que ceux-ci sont interdits, car ils n'ont pas été répertoriés.

5.26 Produits de beauté

Si aucune erreur alimentaire n'est trouvée alors nous nous tournons vers les cosmétiques. La plupart des femmes trouvent difficile à croire que graisses, huiles, crèmes et onguents appliqués sur la peau sont absorbés et interfèrent avec la réduction de poids par HCG, comme s'ils avaient été mangés. Cette sensibilité presque incroyable pour égaliser ces augmentations mineures dans l'apport nutritionnel est une particularité de la méthode de HCG. Par exemple, nous constatons que les personnes qui manipulent habituellement graisses organiques, tels

que les travailleurs dans les salons de beauté, masseurs, bouchers, etc ne montrent jamais ce que nous considérons une perte de poids satisfaisante à moins qu'ils puissent éviter que les graisses entrent en contact avec leur peau.

Le point est tellement important que je vais l'illustrer par deux cas. Une dame qui coopère parfaitement soudainement pris un quart de kilo. L'interrogatoire minutieux n'a rien mis en lumière. Elle n'avait de façon certaine fait aucune erreur alimentaire utilisée quelque crème que ce soit pour le visage, et elle était déjà dans la ménopause. Comme nous sentions que nous pouvions lui faire confiance implicitement, nous avons laissé la question en suspens. Pourtant, au moment où elle s'apprêtait à quitter la salle de consultation, elle s'arrêta tout à coup, se retourna et fit claquer ses doigts. «Je l'ai," dit-elle. Voici ce qui s'était passé: Elle avait acheté une nouvelle série de pots de maquillage et des bouteilles et, en utilisant ses doigts, avait transféré son large assortiment de produits cosmétiques dans les nouveaux conteneurs en prévision du jour où elle serait en mesure de les utiliser de nouveau après son traitement.

L'autre cas concerne un homme qui nous a impressionnés comme étant très consciencieux. Il était en surpoids d'environ 9 kilos mais ne perdait pas de façon satisfaisante depuis le début du traitement. Encore et encore, nous avons essayé de trouver la raison, mais sans succès, jusqu'au jour où il dit: «Je ne vous ai pas dit cela, mais j'ai un œil de verre. En fait, j'en ai tout un assortiment. Je les change souvent, et chaque fois que je le fais, je mets un onguent spécial dans mon orbite. Pensez-vous que cela pourrait avoir quelque chose à voir avec ça? "Comme nous le pensions, nous lui avons demandé d'arrêter d'utiliser cet onguent, et depuis ce jour sa perte de poids était normale.

Nous sommes particulièrement opposés à ces produits cosmétiques modernes qui contiennent des hormones car toute interférence avec les régulations endocriniennes au cours du traitement doit être absolument évitée. Beaucoup de femmes dont la peau s'est ajustée, au fil des années, à l'utilisation de matières grasses contenues dans les produits cosmétiques constatent que leur peau devient sèche dès qu'elles cessent de les utiliser. Dans de tels cas, nous permettons l'utilisation de l'huile minérale ordinaire, qui n'a aucune valeur nutritive. D'autre part, l'huile minérale ne doit pas être utilisée dans la préparation de la nourriture, d'abord en raison de sa qualité laxative indésirable, ensuite parce qu'elle absorbe certaines vitamines liposolubles qui sont ensuite perdus dans les selles. Nous permettons l'utilisation de rouge à lèvres, poudre et ces lotions qui sont entièrement exempts de matières grasses. Nous permettons également que la brillantine soit utilisée sur les cheveux mais elle ne doit pas être frottée sur le cuir chevelu. Évidemment l'huile de bronzage est interdite.

Beaucoup de femmes sont horrifiées quand on leur dit que, pour la durée du traitement, elles ne peuvent pas utiliser des crèmes pour le visage ou profiter d'un massage du visage. Elles craignent que cela et la perte de poids ne ruine leur teint. Elles peuvent être entièrement rassurées. Pendant le traitement la graisse normale est restaurée à la peau, qui devient rapidement fraîche et turgescente et rend l'expression beaucoup plus jeune. C'est une caractéristique de la méthode de HCG qui est une source constante d'émerveillement pour les patients qui ont subi ou vu dans d'autres les ravages du visage produites par les méthodes habituelles de perte de poids. Une femme obèse de 70 ne peut évidemment pas s'attendre à avoir son visage aminci à la normale sans une ride, mais il est remarquable de voir comment la jeunesse de son visage reste malgré son âge.

5.27 La Voix

Par ailleurs, une autre caractéristique intéressante de la méthode de l'HCG est qu'elle ne ruine pas une voix de chant. La prima donna généralement obèse trouve habituellement que quand elle tente de perdre du poids, le timbre de sa voix est susceptible de changer, ce qui la terrifie et c'est compréhensible. Sous HCG cela ne se produit pas; en effet, dans de nombreux cas la voix et la respiration s'améliorent même. Nous avons eu de nombreux cas de chanteurs professionnels très soigneusement contrôlées par des experts enseignants de la voix, et ils ont été si enthousiastes qu'ils nous envoient maintenant fréquemment des patients.

5.28 D'autres raisons pour un gain

En dehors de l'alimentation et des cosmétiques, il peut y avoir quelques autres raisons pour une petite augmentation de poids. Certains patients prennent involontairement du chewing-gum, des pastilles pour la gorge, des pilules de vitamines, sirops contre la

toux, etc…, sans se rendre compte que le sucre ou les graisses qu'ils contiennent peuvent interférer avec une perte régulière de poids. Les hormones sexuelles ou la cortisone sous ses diverses formes modernes doivent être évitées bien que les contraceptifs oraux soient autorisés. En fait la seule automédication que nous permettons est l'aspirine pour un mal de tête, cependant les maux de tête disparaissent presque toujours après une semaine de traitement, en particulier s'ils sont de type migraineux.

Occasionnellement, nous permettons un somnifère ou un tranquillisant, mais les patients doivent être informés que sous traitement ils ont besoin et peuvent obtenir moins de sommeil. Par exemple, ici en Italie, où il est de coutume de dormir pendant la sieste qui dure de une heure à quatre heures dans l'après-midi la plupart des patients trouvent que s'ils se couchent, ils sont incapables de dormir.

Nous encourageons la natation et les bains de soleil pendant le traitement, mais il faut rappeler qu'un coup de soleil grave produit toujours une hausse temporaire du poids, évidemment due à la rétention d'eau. La même chose peut être constatée quand un patient a un rhume pendant le traitement. Enfin, le poids peut augmenter temporairement - aussi paradoxal que cela puisse paraître - après un effort physique exceptionnel de longue durée conduisant à un sentiment d'épuisement. Une partie de tennis, une nage vigoureuse, une course, une promenade à cheval ou une partie de golf n'ont pas cet effet; mais un long voyage, une journée de ski, l'aviron ou le vélo ou danser jusqu'aux petites heures entraînent généralement un gain de poids le jour suivant, à moins que le patient soit parfaitement entraîné. Chez les patients venant de l'étranger, où ils utilisent toujours leurs voitures, on voit souvent cet effet après une dure journée de courses à pied, visites touristiques et visites de galeries et de musées. Bien que l'effort musculaire supplémentaire impliqué consomme des calories supplémentaires, cela semble être compensé par la rétention d'eau que la circulation fatigué ne peut pas éliminer en même temps.

5.29 Médicaments réduisant l'appétit

Nous utilisons rarement les amphétamines, les médicaments coupe-faim tels que Dexedrin, Dexamil, Preludin, etc…, car il semble n'y avoir aucune nécessité pour eux pendant le traitement avec HCG. La seule fois où nous les trouvons utiles est quand un patient est, pour des raisons imprévues et obligatoires, obligé de renoncer aux injections pendant trois à quatre jours et souhaite encore poursuivre le régime alimentaire de sorte qu'il n'est pas nécessaire d'interrompre le traitement.

5.30 Les interruptions imprévues de traitement

Si une interruption de traitement durant plus de quatre jours est nécessaire, le patient doit augmenter son régime à au moins 800 calories en ajoutant de la viande, des œufs, du fromage et du lait à son alimentation après le troisième jour, sinon il aura tellement faim et sera si faible qu'il sera incapable de vaquer à ses occupations habituelles. Si l'intervalle dure moins de deux semaines, le patient peut reprendre directement les injections et le régime de 500 calories, mais si l'interruption dure plus longtemps, il doit à nouveau manger normalement jusqu'à ce qu'il ait eu son troisième injection.

Quand un patient sait d'avance qu'il aura à voyager et à être absent pendant plus de quatre jours, il est toujours préférable d'arrêter les injections trois jours avant son départ pour qu'il puisse avoir les trois jours de régime strict qui sont nécessaires après la dernière injection à la maison. Cela lui permet d'éviter la tâche presque impossible d'avoir à organiser le régime de 500 calories en cours de route, et il peut donc profiter d'une liberté alimentaire plus grande dès son départ. Les interruptions survenant avant 20 injections administrées sont les plus indésirable, car avec un nombre d'injections inférieur, du poids est susceptible d'être retrouvé. Après la 20e injection une interruption inévitable est tout simplement une perte de temps.

5.31 Fatigue musculaire

Vers la fin d'un cycle complet, quand une bonne partie de la graisse a été rapidement perdue, certains patients se plaignent du fait que soulever un poids ou monter des escaliers nécessite un effort musculaire plus grand qu'auparavant. Ils ne ressentent ni essoufflement ni épuisement, mais simplement que leurs muscles doivent travailler davantage. Ce phénomène, qui disparaît peu de temps après la fin du traitement, est provoqué par le déplacement de la graisse anormale déposée entre et autour des muscles. L'élimination de cette graisse rend les muscles trop longs, et donc pour atteindre un certain

mouvement du squelette - comme par exemple la flexion d'un bras - les muscles ont à accomplir une plus grande contraction qu'avant. Dans un laps de temps court, le muscle s'adapte parfaitement à la nouvelle situation, mais à cause de l'HCG la perte de graisse est si rapide que cet ajustement n'arrive pas à suivre. Les patients doivent souvent être rassurés que cela ne signifie pas qu'ils "s'affaiblissent". Ce phénomène ne se produit pas chez les patients qui font régulièrement un exercice vigoureux et continuent de le faire pendant le traitement.

5.32 Massage

Je ne permets jamais quelque type de massage que ce soit pendant le traitement. Il est tout à fait inutile et perturbe simplement un processus très délicat qui se passe dans les tissus. Rares sont les masseurs et masseuses qui peuvent résister à la tentation de pétrir et marteler les dépôts graisseux anormaux. Pendant la réduction rapide, il est parfois possible de ramasser un pli de peau qui n'a pas encore eu le temps de s'adapter, comme cela arrive toujours sous HCG, à la figure changé. Ce pli contient sa graisse sous-cutanée normale et peut-être presque 2 cm 1/2 d'épaisseur. C'est l'un des principaux intérêts du traitement de l'HCG de maintenir la graisse à cet endroit. Les patients et leurs masseurs ne comprennent pas toujours cela et donnent font travailler cette graisse. J'ai vu ces patients qui étaient couverts de noir et bleu comme s'ils avaient reçu une bonne raclée.

À mon avis, massage, coups, laminage, pétrissage, et frissons entrepris dans le but de réduire la graisse anormale ne peut faire que du mal. Nous avons eu l'honneur une fois de traiter la propriétaire d'un établissement de grande classe qui se spécialise dans ces singeries. Elle a eu l'audace d'avouer qu'elle prenait notre traitement afin de convaincre ses clients de l'efficacité de ses méthodes, qu'elle avait trouvé inutiles dans son cas.

Comment quelqu'un avec du bon sens peut être en mesure de croire que le tissu adipeux peut être déplacé mécaniquement ou disparaître en pressant est au-delà de ma compréhension. Le seul effet obtenu est de graves contusions. Le tissu déchiré forme alors des cicatrices qui se contractent lentement ce qui rend le tissu gras encore plus difficile et plus inflexible.

Une dame nous a consultés une fois pour ses jambes des plus disgracieuses. De grandes masses de graisse bombées sur les chevilles de ses petits pieds, et il y en avait environ 18 kilos. Trop sur les hanches et les cuisses. Nous lui avons assuré que ce surpoids pourrait être perdu et que ses chevilles s'amélioreraient nettement dans le processus. Son traitement a progressé de manière très satisfaisante mais à notre grande surprise il n'y avait pas d'amélioration de ses chevilles. Nous avons ensuite découvert qu'elle avait depuis des années utilisées tous les types de traitement mécanique, électrique et de la chaleur possibles pour les jambes et qu'elle avait pris sa décision de recourir à la chirurgie plastique si nous échouions.

En réexaminant la graisse au-dessus de ses chevilles, nous avons trouvé qu'elle était particulièrement dure. Nous avons attribué cela aux innombrables blessures mineures infligées par malaxage. Ces blessures étaient guéries mais avaient laissé un réseau difficile de tissu cicatriciel conjonctif dans lequel la matière grasse a été emprisonnée. Prête à essayer n'importe quoi, elle a été mise au lit pour les trois dernières semaines de son premier traitement avec ses jambes bien attachées dans des bandages inflexibles. Chaque jour, la pression a été augmentée. La combinaison de l'HCG, de l'alimentation et du cerclage a entraîné une nette amélioration de la forme de ses chevilles. A la fin de son premier traitement, elle est retournée chez elle à l'étranger. Trois mois plus tard, elle est revenue pour son deuxième traitement. Elle a maintenu son poids et l'amélioration de ses chevilles. La même procédure a été répétée, et après cinq semaines, elle a quitté l'hôpital avec un poids normal et des jambes qui, si elles n'étaient pas exactement parfaites, étaient au moins discrètes. Si de telles blessures des tissus n'ont pas été infligées par des méthodes inappropriées de traitement, ces mesures drastiques ne sont jamais nécessaires.

5.33 Niveau de sucre dans le sang

Vers la fin d'un traitement ou quand un patient a presque atteint son poids normal, il arrive parfois que la glycémie descende en dessous de la normale, et nous avons même vu cela chez des patients ayant une glycémie anormalement élevée avant le traitement. Une telle attaque d'hypoglycémie est presque identique à celle constatée chez les diabétiques qui ont pris trop d'insuline. L'attaque survient soudainement; c'est le même sentiment d'étourdissements, de faiblesse dans les genoux, tremblant, et de transpiration sans raison. Mais sous

HCG, l'hypoglycémie ne produit pas de sensation de faim. Tous ces symptômes sont presque instantanément soulagés par la prise de deux cuillères à café bombées de sucre.

Au cours du traitement la possibilité d'une telle attaque est expliquée à ces patients qui sont dans une phase dans laquelle une baisse de sucre dans le sang peut survenir. Ils sont priés de garder sucre ou des bonbons au glucose à portée de main, en particulier lors de la conduite d'une voiture. Il leur est également dit de regarder l'effet de la prise de sucre très attentivement sucre et de nous en informer le lendemain. Ceci est important, parce que les patients anxieux à qui une telle attaque a été expliquée sont susceptibles de prendre du sucre inutilement, dans ce cas, cela produit inévitablement un gain de poids et ne soulage pas de façon spectaculaire les symptômes pour lesquels il a été pris, ce qui prouve qu'il ne s'agissait pas d'une hypoglycémie. Certains patients confondent les effets du stress émotionnel et de l'hypoglycémie. Lorsque les symptômes sont rapidement soulagés par le sucre c'est la preuve qu'ils étaient bien dus à une baisse anormale de la glycémie, et dans ce cas il n'y a pas d'augmentation du poids le jour suivant. Nous suggérons toujours que le sucre soit pris si le patient est dans le doute.

Une fois qu'une telle attaque a été soulagée avec le sucre, nous ne l'avons jamais vu se reproduire dans les jours qui ont suivi, et il est très rare qu'un patient ait deux de ces attaques séparées par plusieurs jours durant le traitement. Chez les patients qui n'ont pas mangé suffisamment au cours des deux premiers jours de traitement nous donnons parfois du sucre lorsque les symptômes mineurs qui se manifestent habituellement durant les premiers jours de traitement se poursuivre au-delà et, dans certains cas, cela a semblé accélérer l'euphorie habituellement associée avec la méthode de l'HCG.

5.34 Le ratio de kilos/centimètres

Une caractéristique intéressante de la méthode HCG est que, indépendamment du poids du patient, la plus grande circonférence - abdomen ou des hanches selon le cas peut être est réduit à un taux constant qui est extrêmement proche de 1 cm. par kilogramme de poids perdu. Au début du traitement, le changement dans les mesures est un peu plus grand que cela, mais à la fin d'un traitement, il est presque toujours constaté que la sangle a le même nombre de centimètres de moins que le nombre de kilogrammes par lesquels le poids a été réduit. Je n'ai jamais vu cette relation claire chez les patients qui tentent de réduire par un régime uniquement.

5.35 Préparation de la solution

La gonadotrophine chorionique humaine est sur le marché sous forme de poudre hautement soluble qui est la substance pure extraite de l'urine de femmes enceintes. Ces préparations sont normalisées avec soin, et toute marque fabriquée par une société pharmaceutique fiable est probablement aussi bonne que n'importe quel autre. La substance doit être extraite de l'urine et non à partir du placenta, et il doit bien entendu être d'origine humaine et non animale. La poudre est scellée dans des ampoules ou dans des bouteilles recouvertes de caoutchouc dans des quantités variables qui sont indiquées en unités internationales. Sous cette forme l'HCG est stable; Cependant, seules les préparations qui ont la date de fabrication et la date d'expiration clairement indiquée sur l'étiquette ou l'emballage doivent être utilisée. Un solvant approprié est toujours fourni dans une ampoule séparée dans le même emballage.

Une fois que l'HCG est en solution, il est beaucoup moins stable. Il peut être conservé à température ambiante pendant deux à trois jours mais si la solution doit être gardée plus longtemps, elle doit toujours être réfrigérée. Lors du traitement de seulement un ou deux cas simultanément, des flacons contenant un petit nombre d'unités de 1000 UI devraient être utilisés. Les 10 cc. de solvant qui sont fournis par le fabricant sont injectés dans la bouteille de caoutchouc capsulée contenant le HCG, et la poudre doit se dissoudre instantanément. De cette solution 1,25 cc. sont retirés pour chaque injection. Une telle bouteille de 1000 U.I. fournit donc huit injections. Lorsque plus d'un patient est traité, ils ne devraient pas avoir chacun leur propre bouteille mais plutôt tous être injectés avec le même flacon et une nouvelle solution devrait être faite lorsque celle-ci est vide.

Comme nous traitons généralement un bon nombre de patients en même temps, nous préférons utiliser les flacons contenant 5000 unités. Avec ceux-ci, les fabricants fournissent également 10 cc. de solvant. Dans une telle solution 0,25 cc. contient les 125 UI, ce qui est la dose standard pour tous les cas et qui ne doit jamais être dépassée. Cette petite quantité est

difficile à manipuler avec précision (elle nécessite une seringue à insuline) et est inutile, car il y a une perte de solution dans l'embout de la seringue et l'aiguille. Nous préférons donc une dilution ultérieure, que nous préparons de la manière suivante: Le solvant fourni est injecté dans la bouteille capuchonnée de caoutchouc contenant 5000 UI. Comme ces bouteilles sont trop petites pour contenir plus de solvant, nous retirons 5 cc. et l'injectons dans une bouteille capuchonnée de caoutchouc vide et nous ajoutons 5 cc. d'une solution saline normale pour chaque bouteille. Cela nous donne 10 cc. de solution dans chaque bouteille, et cette solution de 0,5 cm^3 contient 125 U.I. Ce montant est commode à injecter avec une seringue ordinaire.

5.36 L'injection

L'HCG produit peu de réaction ou pas du tout, il est totalement indolore et dans les milliers d'injections que nous avons données, nous n'avons jamais vu une réaction inflammatoire ou suppuration sur le site de l'injection.

Il faut éviter de laisser un vide dans la bouteille après la préparation de la solution ou après le retrait de la quantité nécessaire pour les injections sinon l'alcool utilisé pour la stérilisation d'un capuchon en caoutchouc souvent perforé peut être aspiré dans la solution. Lorsque les aiguilles pointues sont utilisées, il arrive parfois qu'un peu de caoutchouc soit percé dans le capuchon en caoutchouc et peut être voit-on un petit point noir flottant dans la solution. Comme ces morceaux de caoutchouc sont plus lourds que la solution, ils se déposent rapidement, il est donc facile d'éviter l'aspiration dans la seringue.

Nous utilisons des aiguilles très fines qui font 5 centimètres de long et qui s'injectent profondément en intraveineuse dans le quadrant supérieur externe de la fesse. L'injection doit, si possible, ne pas être faite dans les couches superficielles de matière grasse qui, chez les patients très obèses, doivent être comprimées de manière à permettre à l'aiguille d'atteindre le muscle. Il est également important que l'injection quotidienne soit administrée à des intervalles aussi proches que possible de 24 heures. Toute tentative visant à économiser dans le temps en administrant de plus grandes doses à intervalles plus longs est vouée à produire des résultats moins satisfaisants.

Il n'y a pratiquement pas de contre-indications à la méthode HCG. Le traitement peut être poursuivi en présence d'abcès, suppuration, de grandes plaies infectées et des fractures majeures. Il n'y a aucune raison de s'arrêter en cas de chirurgie et d'anesthésie générale. Nous avons même donné un traitement lors d'une attaque sévère de paludisme. L'acné ou les furoncles ne sont pas contre-indiqués et ce dernier disparaît généralement, et la furonculose arrive à son terme. La thrombophlébite n'est pas de contre-indiquée, et nous avons traité plusieurs patients obèses avec HCG et le régime de 500 calories alors qu'ils souffraient de cette condition. Notre impression est que chez les patients obèses la phlébite s'améliore et n'est certainement pas pire que dans le cadre du traitement habituel seul. Ceci s'applique également aux patients souffrant d'ulcères variqueux qui ont tendance à se cicatriser rapidement.

5.37 Fibromes

Bien que les fibromes utérins ne semblent être en aucune façon affectés par l'HCG dans les doses que nous utilisons, nous avons constaté que de très grands myomes utérins, palpables de l'extérieur, sont susceptibles de provoquer des problèmes. Nous sommes convaincus que cela est entièrement dû à la disparition soudaine de la graisse de la base du bassin sur lequel ils reposent et que c'est le poids de la tumeur, sur les tissus sous-jacents, qui représente l'inconfort ou la douleur qui peut survenir au cours du traitement. Alors que nous négligeons même les myomes de taille moyenne ou multiples, nous insistons pour que les très gros soient opérés avant le traitement. Nous avons eu des patients qui se présentaient pour réduire la graisse de l'abdomen et qui ne montrait aucun signe de l'obésité, mais il y avait une grosse tumeur abdominale.

5.38 Les calculs biliaires

Les petites pierres dans la vésicule biliaire chez les patients qui peuvent avoir eu récemment des coliques typiques causent des coliques plus fréquentes sous traitement avec HCG. Ceci peut être dû à l'absence presque totale de la graisse provenant de l'alimentation, ce qui empêche la vidange normale de la vésicule biliaire. Avant d'entreprendre le traitement, nous expliquons à ces patients qu'il existe un risque de symptômes graves plus fréquents et, éventuellement, qu'il peut être nécessaire d'opérer.

S'ils sont prêts à prendre ce risque, et à condition qu'ils s'engagent à subir une opération -si l'on considère cet impératif- nous procédons à un traitement car après la réduction de poids avec HCG le risque opératoire est considérablement réduit chez un patient obèse. Dans de tels cas, nous donnons toujours un médicament qui stimule l'écoulement de la bile, et dans la majorité des cas rien de fâcheux ne se passe. D'autre part, nous avons cherché et trouvé aucune preuve pour suggérer que le traitement HCG conduit à la formation de calculs biliaires comme la grossesse le fait parfois.

5.39 Le cœur

Les troubles du cœur ne sont pas en règle générale des contre-indications. En fait, l'élimination des graisses anormales - en particulier du muscle cardiaque et de l'entourage des artères coronaires - ne peut être que bénéfique en cas de faiblesse du myocarde, et beaucoup de ces patients sont référés par les cardiologues. Dans la première semaine de traitement, tous les patients - pas seulement les cardiaques - remarquent qu'ils ont perdu beaucoup de leur essoufflement.

5.40 Occlusion coronaire

Chez les patients obèses qui ont récemment survécu à une occlusion coronaire, nous adoptons la procédure suivante en collaboration avec le cardiologue. Nous attendons que d'autres modifications électrocardiographies aient lieu pendant une période de trois mois. Le traitement de routine est alors lancé sous contrôle attentif et il est habituel de trouver une nouvelle amélioration électrocardiographique d'une condition qui était auparavant fixe.

Dans les milliers de cas que nous avons traités, nous n'avons pas vu une seule fois quelque 'incident coronaire que ce soit se produire pendant ou peu après le traitement. La même chose s'applique aux accidents vasculaires cérébraux. Nous n'avons jamais vu un cas de thrombose de quelque sorte que ce soit se développer pendant le traitement, même si une pression artérielle élevée est rapidement réduite. A cet égard également, le traitement de l'HCG ressemble à la grossesse.

5.41 Les dents et les vitamines

Les patients dont les dents sont en mauvais état ont parfois plus d'ennuis sous traitement prolongé, tout comme cela peut se produire pendant la grossesse. Dans de tels cas, nous permettons calcium et vitamine D mais pas dans une solution huileuse. La seule autre vitamine que nous permettons est la vitamine C, que nous utilisons dans de grandes doses combinées avec un antihistaminique à l'apparition d'un rhume. Il n'y a pas d'objection à l'utilisation d'un antibiotique si cela est nécessaire, par exemple par le dentiste. En cas d'asthme bronchique et le rhume des foins, nous avons parfois recours à la cortisone pendant le traitement et constatons que la triamcinolone est la moins susceptible d'interférer avec la perte de poids, mais de nombreux asthmatiques s'améliorent avec l'HCG seul.

5.42 Alcool

Les buveurs obèses, même ceux qui bordent l'alcoolisme, s'en sortent souvent étonnamment bien sous HCG et il est exceptionnel pour eux de prendre un verre en cours de traitement. Quand ils le font, ils trouvent qu'une quantité relativement faible d'alcool produit une intoxication. Ces patients disent qu'ils ne se ressentent pas le besoin de boire. Cela peut être dû en partie à l'euphorie que le traitement produit et en partie à l'absence totale de la nécessité pour la subsistance rapide dont la plupart des patients obèses souffrent.

Bien que nous ayons eu quelques cas qui ont continué l'abstinence longtemps après le traitement, d'autres rechutent dès qu'ils retournent à un régime normal. Nous avons quelques «clients réguliers» qui, après avoir été une fois réduits à leur poids normal, commence à boire en surveillant leur poids. Puis, après quelques mois, ils mangent trop volontairement afin d'obtenir suffisamment de poids pour un autre traitement de l'HCG qui les extrait temporairement de leur routine alcoolisée. Nous n'accueillons pas particulièrement de tels cas mais nous ne voyons aucune raison pour refuser leur demande.

5.43 Tuberculose

Il est intéressant de noter que les patients obèses atteints de tuberculose pulmonaire inactive peuvent être traités en toute sécurité. Nous avons, sous contrôle optimal, traité des patients dès trois mois

après qu'ils aient été prononcés inactifs et je n'ai jamais vu une rechute se produire pendant ou peu après le traitement. En fait, nous n'avons qu'un seul cas sur nos enregistrements dans lequel une tuberculose active s'est développée chez un jeune homme un an après un traitement qui a duré trois semaines. Plus tôt les rayons X ont montré un endroit calcifié d'une infection de l'enfance qui n'avait pas produit de symptômes cliniques. Il y avait des antécédents familiaux de la tuberculose et sa maladie a commencé dans des conditions défavorables qui n'ont certainement rien à voir avec le traitement. Les calcifications résiduelles d'une infection précoce sont extrêmement communes et nous ne les considérons jamais comme une contre-indication au traitement.

5.44 Le talon douloureux

Chez les patients obèses qui ont essayé désespérément de garder leur poids en suivant un régime sévère, un symptôme curieux se produit parfois. Ils se plaignent d'une douleur insupportable à leurs talons qu'ils ne ressentent qu'en position debout ou en marchant. Dès qu'ils perdent du poids la douleur dans leurs talons cesse. Ces cas sont le fléau des rhumatologues et des chirurgiens orthopédistes qui les ont traités avant qu'ils ne viennent à nous. Toutes les enquêtes habituelles sont entièrement négatives et il n'y a pas la moindre réponse aux médicaments antirhumatismaux ou à la physiothérapie. La douleur peut être si grave que les patients sont obligés de renoncer à leur profession et il n'est pas rare qu'ils soient étiquetés comme un cas d'hystérie. Lorsque les talons sont soigneusement examinés, on trouve que la semelle est plus douce que la normale et que l'os du talon - le calcanéum - peut être nettement senti, ce qui n'est pas le cas dans un pied normal.

Nous interprétons la condition comme étant le résultat du manque du tampon gras dur sur lequel repose le calcanéum et qui protège de la, pression à la fois l'os et la peau de la plante. Cette graisse est comme un coussin élastique qui porte le poids du corps. Debout sur un talon dans lequel cette graisse est manquante ou réduite doit évidemment être très douloureux. Dans leurs efforts pour maintenir leur poids, ces patients ont consommé cette graisse structurelle normale.

Nous obligeons les patients qui ont un poids normal ou inférieur à la normale ---tout en montrant les dépôts de graisse généralement obèses- à manger au maximum de leur capacité, souvent bien contre leur gré, pendant une semaine. Ils prennent du poids rapidement mais il n'y a pas d'amélioration dans les talons douloureux. Ils commencent ensuite la routine du traitement HCG. Les patients en surpoids sont traités immédiatement. Dans les deux cas, la douleur disparaît complètement en 10-20 jours de régime, généralement autour du 15e jour de traitement, et jusqu'à présent aucun cas n'a eu une rechute. Nous avons été en mesure d'assurer le suivi de ces patients pendant des années.

Nous nous intéressons particulièrement à ces cas car ils fournissent une preuve supplémentaire de l'affirmation selon laquelle HCG + 500 calories non seulement enlève la graisse anormale mais permet à la graisse normal d'être remplacée, en dépit de l'apport alimentaire déficient. Ce n'est certainement pas du que la simple perte de poids réduit la douleur car elle disparaît souvent avant d'atteindre le poids que le patient avait avant la période de gavage.

5.45 Le patient sceptique

Tout médecin qui commence à utiliser la méthode de l'HCG pour la première fois aura des difficultés considérables, en particulier s'il lui-même n'est pas pleinement convaincu, à faire croire à ses patients qu'ils ne se ressentent pas la faim avec 500 calories et que leur visage ne va pas s'effondrer. Les nouveaux patients anticipent toujours les phénomènes qu'ils connaissent si bien après des traitements et les régimes précédents et sont incrédules quand on leur dit que ceux-ci ne se produiront pas. Nous surmontons tout cela en laissant aux nouveaux patients passer un peu de temps dans la salle d'attente avec d'anciens patients sur lesquels nous pouvons toujours compter pour dissiper ces craintes avec un zèle évangélique, démontrant souvent les points les plus probants de leur propre corps.

Une salle d'attente remplie de patients obèses qui se rassemblent tous les jours est une sorte de thérapie de groupe. Ils comparent leurs notes et retournent dans la salle d'attente après la consultation pour annoncer le score des dernières 24 heures à un public captivé. Ils contrevérifient leur régime alimentaire et avouent parfois des péchés qu'ils tentent de nous cacher, généralement avec le résultat que le patient à qui ils se sont confié nous cafardent de façon palpitante

toute l'histoire honteuse avec un "Mais ne lui dites pas que je vous l'ai dit. "

5.46 La conclusion d'un traitement

Lorsque les trois jours de régime, après la dernière injection, sont terminés, les patients sont informés qu'ils peuvent maintenant manger tout ce qu'il leur plaît, à l'exception du sucre et de l'amidon à condition qu'ils observent fidèlement une règle simple. Cette règle est qu'ils doivent avoir leur propre pèse personne portable toujours à portée de main, en particulier lors d'un voyage. Ils doivent se peser chaque matin sans faute après s'être levé et après avoir vidé leur vessie. S'ils ont l'habitude de prendre le petit déjeuner au lit, ils doivent se peser avant le petit déjeuner.

Il faut environ 3 semaines avant que le poids atteint à la fin du traitement devienne stable, c'est à dire ne montre pas de fluctuations violentes après un excès occasionnel. Pendant cette période, les patients doivent se rendre compte que les soi-disant hydrates de carbone, qui sont le sucre, le riz, le pain, les pommes de terre, pâtisseries etc…, sont de loin les plus dangereux. Si aucun hydrate de carbone que ce soit n'est consommé, les graisses peuvent être consommées dans un format un peu plus généreux et même en petites quantités d'alcool, comme un verre de vin avec les repas, ne fait aucun mal. En revanche dès que les graisses et l'amidon sont combinés les choses sont susceptibles de devenir incontrôlable. Cela doit être observé très attentivement au cours des 3 premières semaines après que le traitement soit terminé sinon il est à peu près sûr qu'il y aura des déceptions.

5.47 Sauter un repas

Tant que leur poids reste, aux environs d'un kilo, le poids atteint le jour de la dernière injection, les patients ne devraient pas le prendre en considération mais le moment où la balance va au-delà d'un kilo, même si ce n'est que quelques grammes, ils doivent le même jour sauter le petit déjeuner et le déjeuner entièrement mais beaucoup boire. Dans la soirée, ils doivent manger un énorme steak avec seulement une pomme ou une tomate crue. Bien sûr, cette règle s'applique uniquement au poids du matin. Les anciens patients obèses ne devraient jamais vérifier leur poids au cours de la journée, il peut y avoir des fluctuations importantes ce qui est simplement alarmant et déroutant.

Il est de la plus haute importance que le repas soit sauté le même jour que l'augmentation de plus d'un kilo est enregistré sur la balance et que les repas manqués ne soient pas reportés à la journée suivante. Si un repas est sauté le jour où un gain est inscrit dans la matinée, cela entraîne une baisse immédiate de souvent plus d'un demi-kilo. Mais si le repas évité - et nous parlons bien de sauter le repas littéralement, pas seulement d'avoir un repas léger - est reporté, le phénomène ne se produit pas et plusieurs jours de régime strict peuvent être nécessaires pour corriger la situation.

La plupart des patients n'ont presque jamais besoin de sauter un repas. S'ils ont mangé un repas lourd, ils ne ressentent pas l'envie de manger leur dîner, et dans ce cas, aucune augmentation a lieu. S'ils gardent leur poids au point atteint à la fin du traitement, même un dîner lourd n'entraîne pas une augmentation d'un kilo le lendemain et ne nécessite donc pas de mesures spéciales. La plupart des patients sont surpris de voir combien leur appétit est devenu petit et que pourtant ils peuvent manger sans prendre de poids. Ils ne souffrent plus d'un appétit anormal et se sentent satisfaits avec beaucoup moins de nourriture qu'avant. En fait, ils sont généralement déçus de ne pas pouvoir gérer leur premier repas normal qu'ils ont prévu depuis des semaines.

5.48 Perdre plus de poids

Un ex-patient ne doit jamais gagner plus d'un kilo sans corriger immédiatement, mais il n'est également pas souhaitable que plus d'un kilo soit perdu après le traitement, car une plus grande perte est toujours faite au détriment de la graisse normale. Toute graisse normale qui est perdue est toujours reprise dès que plus de nourriture est prise et il arrive souvent que ce rebond dépasse la limite supérieure d'un kilo.

5.49 Problème après le traitement

Deux difficultés peuvent être rencontrées dans la période post-traitement immédiate. Quand un patient a consommé toute sa graisse anormale ou quand, après un cycle complet, l'injection a temporairement perdu son efficacité du fait que l'organisme ait développé progressivement une contre régulation, le patient commence à la fois à ressentir beaucoup plus

la faim et même à se sentir faible. En dépit des avertissements répétés, certains patients trop enthousiastes ne signalent pas cela. Cependant, en environ deux jours le fait qu'ils soient sous-alimentés devient visible sur leurs visages et le traitement est alors arrêté immédiatement. Dans ce cas - et dans ce cas seulement - nous permettons une très légère augmentation dans l'alimentation, comme une pomme supplémentaire, 150 grammes de viande ou deux ou trois gressins supplémentaires pendant les trois jours de régime après la dernière injection.

Quand la graisse anormale n'est plus mise en circulation, soit parce qu'elle a été consommée ou parce que l'immunité s'est installée, cela est toujours ressenti par le patient comme une faim subite, intolérable et constante. En ce sens, le procédé de l'HCG est complètement basé sur l'autolimitation. Avec l'HCG il est impossible de réduire un patient, même enthousiaste, au-delà de son poids normal. Dès qu'il n'y a plus de graisse anormale émise, le corps commence à consommer de la graisse normale, et cela est toujours repris dès que l'alimentation ordinaire reprend. Le patient voit alors que les 1 ou 2 kilos qu'il a perdu au cours des derniers jours de traitement sont immédiatement retrouvés. Un repas est sauté et peut-être un demi-kilo est perdu. Le lendemain, ce demi-kilo est repris en dépit d'une surveillance attentive au cours de la prise alimentaire. En quelques jours, un patient en pleurs est de retour dans la salle de consultation, convaincu que son cas est un échec.

Ce qui se passe, c'est que la graisse essentielle perdue à la fin du traitement, en raison de la réticence du patient à signaler une plus grande faim, est remplacée. Le poids auquel un tel patient doit se stabiliser réside donc dans les 1 ou 2 kilos plus élevé que le poids atteint à la fin du traitement. Une fois que ce niveau de base plus élevé est établi, d'autres difficultés dans le contrôle du poids au nouveau point de stabilisation se posent rarement.

5.50 Méfiez-vous des personnes trop enthousiastes

L'autre difficulté qui est fréquemment rencontrée immédiatement après le traitement est à nouveau due à un excès d'enthousiasme. Certains patients ne peuvent pas croire qu'ils peuvent manger assez normalement sans reprendre du poids. Ils ne tiennent pas compte de l'avis de manger tout ce qu'ils veulent, sauf le sucre et l'amidon et que mangent d'une façon "sécuritaire". Ils essaient plus ou moins de continuer le régime hypocalorique à 500 calories, où ils se sentaient si bien pendant le traitement, et ne font que des variations mineures, comme le remplacement de la viande avec un œuf, fromage, ou un verre de lait. À leur grande horreur, ils trouvent que, en dépit de cette bravoure, leur poids augmente. Ainsi, suivant les instructions, ils sautent un maigre déjeuner et la nuit ne mangent qu'un peu de salade et boivent une tasse de thé non sucré, de plus en plus affamés et faibles. Le lendemain matin, ils constatent qu'ils ont encore augmenté d'un autre demi-kilo. Ils se sentent vraiment mal, et même le gonflement de leurs redoutables chevilles est de retour. Normalement, nous vérifions nos patients une semaine après qu'ils aient mangé librement, mais ces cas reviennent en à peine quelques jours. Soit leurs yeux sont remplis de larmes ou qu'ils nous disent, en colère, que lorsque nous leur avons dit de manger normalement nous les leurrions.

5.51 La carence en protéines

Ici aussi, l'explication est assez simple. Pendant le traitement le patient était aux limites de la carence en protéines et a bénéficié de protéine réinjecté dans son système de répartition du tissu adipeux. Une fois le traitement terminé, il n'y a plus de HCG dans le corps et ce processus ne se fait plus. À moins qu'une quantité adéquate de protéines soit consommée dès que le traitement est terminé, la carence en protéine est appelée à se développer, ce qui provoque inévitablement la rétention marquée d'eau connu sous le nom de la faim œdème.

Le traitement est très simple. Il est dit au patient de manger deux œufs pour le petit déjeuner et un énorme steak pour le déjeuner et le dîner suivi d'une grande portion de fromage et de nous téléphoner leur poids le lendemain matin. Lorsque ces instructions sont suivies, une voix stupéfaite est entendu au bout du fil nous signalant qu'un kilo a disparu du jour au lendemain, que les chevilles sont normales, mais que le sommeil a été perturbé, en raison d'un besoin extraordinaire de passer de grandes quantités d'eau. Le patient ayant appris cette leçon en général n'a pas d'autre difficulté.

5.52 Les rechutes

En règle générale on peut dire que 60% à 70% de nos cas, n'ont peu ou pas de difficulté à garder leur poids de façon permanente. Les rechutes peuvent être dues à une négligence dans la règle de base de pesé quotidienne. De nombreux patients pensent que ce n'est pas nécessaire et qu'ils peuvent juger de toute augmentation avec l'aide de leurs vêtements. Certains n'emportent pas leur balance avec eux en voyage car elle est lourde et prend une grosse partie du poids de leurs bagages dans l'avion. C'est une erreur catastrophique, car après un traitement de HCG car des variations de près de 5 kilos peuvent être repris sans changement notable dans l'ajustement des vêtements. La raison à cela est qu'après un traitement, la graisse nouvellement acquise est d'abord répartie de façon uniforme et ne montre pas l'ancienne préférence pour certaines parties du corps.

La grossesse ou la ménopause peuvent annuler l'effet d'un traitement antérieur. Les femmes qui prennent un traitement pendant l'année qui suit la dernière menstruation - qui est au début de la ménopause - font aussi bien que les autres, mais parmi elles le taux de rechute est plus élevé jusqu'à ce que la ménopause soit pleinement établie. La période d'un an après la dernière menstruation ne s'applique qu'aux femmes qui ne sont pas traitées avec des hormones ovariennes. Si elles sont prises, la pré ménopause peut se prolonger indéfiniment.

Les adolescentes "retardataires" qui souffrent de crises de compulsion alimentaire ont de loin le pire bilan de tous dans la mesure où les rechutes sont concernées.

Les patients qui ont suivi le traitement une fois ne semblent jamais hésiter à revenir pour une autre courte durée dès qu'ils remarquent que leur poids est une fois de plus incontrôlable. Ils viennent gaiement et nous l'espérons, assurés qu'ils peuvent être aidés à nouveau. Les traitements de répétition sont souvent encore plus satisfaisants que le premier traitement et ont l'avantage, tout comme les deuxièmes traitements, que le patient sait déjà qu'il se sentira à l'aise tout au long.

5.53 Plan d'un traitement normal

125 U.I. d'injections d'HCG (sauf pendant les menstruations) ont été donnés.

Jusqu'à la 3ème injection l'alimentation est forcée.

Après la 3ème injection, un régime hypocalorique à 500 doit être poursuivi jusqu'à 72 heures après la dernière injection.

Pendant les 3 semaines suivantes, tous les aliments sont autorisés à l'exception de l'amidon et du sucre sous toutes ses formes (attention aux fruits très sucrés).

Après 3 semaines, très progressivement ajouter de l'amidon en petites quantités, toujours contrôlé par la pesée matinale.

6 CONCLUSION

La méthode HCG + alimentation peut apporter un soulagement pour tous les cas de l'obésité, mais la méthode n'est pas simple. Elle est très chronophage et nécessite une parfaite coopération entre le médecin et le patient. Chaque cas doit être traité individuellement et le médecin doit avoir le temps de répondre aux questions, dissiper les craintes et supprimer les malentendus. Il doit également vérifier le patient tous les jours. Quand quelque chose va mal, il doit immédiatement enquêter jusqu'à ce qu'il trouve la raison du gain de poids qui peut avoir eu lieu. Dans la plupart des cas, il est inutile de remettre au patient une feuille d'alimentation et laisser l'infirmière "le piquer."

La méthode implique un mécanisme physique très complexe et le médecin doit lui-même se faire une sorte de tableau de ce qui se passe réellement; sinon il ne sera pas en mesure de faire face à ces difficultés qui pourraient survenir au cours du traitement.

Je dois prier ceux qui tentent la méthode pour la première fois de respecter très strictement la technique et les interprétations ici décrites et ainsi traiter quelques centaines de cas avant de se lancer dans leurs propres expérimentations et jusqu'à là s'abstenir d'introduire des innovations, aussi passionnantes qu'elles peuvent sembler. Dans une nouvelle méthode, les innovations ou les abandons de la technique originale ne peuvent être évalués de façon probante par rapport à ce qui est pour le moment la procédure orthodoxe.

J'ai essayé de couvrir l'ensemble des problèmes qui me viennent à l'esprit. Pourtant, un nombre ahurissant de nouvelles questions continuent de nous inonder et mes interprétations sont encore flexibles. En

particulier, je n'ai jamais eu l'occasion de mener des analyses de laboratoire qui sont si nécessaires pour une compréhension théorique des observations cliniques, et je ne peux qu'espérer que ceux qui sont mieux placés, avec le temps, seront en mesure de combler cette lacune.

Les problèmes d'obésité ne sont peut-être pas aussi dramatiques que les problèmes de cancer mais ils provoquent souvent une vie de longue souffrance. Combien de carrières prometteuses ont été ruinées par la graisse excessive; combien de vies ont été raccourcies. Si une façon - même peu pratique - peut être trouvée pour faire face efficacement à ce problème universel de l'homme civilisé moderne, notre monde sera un endroit plus heureux pour d'innombrables autres hommes et femmes.

GLOSSAIRE

ACNE. . . Maladie de la peau courante dans laquelle les boutons, contenant souvent du pus, apparaissent sur le visage, le cou et les épaules.

ACTH. . . Abréviation de l'hormone corticostérone. L'une des nombreuses hormones produites par le lobe antérieur de l'hypophyse. L'ACTH contrôle la partie extérieure, la couenne ou le cortex des glandes surrénales. Lorsque l'ACTH est injecté il soulage considérablement les douleurs arthritiques, mais il a de nombreux effets secondaires indésirables, parmi lesquelles une condition semblable à l'obésité sévère. ACTH est maintenant généralement remplacé par cortisone.

ADRENALINE. . . Hormone produite par la partie intérieure des glandes surrénales. Parmi de nombreuses autres fonctions, l'adrénaline s'occupe des problèmes de pression artérielle, le stress émotionnel, la peur et le froid.

GLANDES SURRÉNALES . . . glandes endocrines. Les petits organismes situés au sommet des reins et donc également appelés glandes surrénales. Les glandes surrénales ont une écorce externe ou cortex qui produit des hormones d'une importance vitale, parmi lesquelles des substances semblables à la cortisone. Le cortex surrénalien est régulé par l'ACTH. La partie interne des glandes surrénales, la moelle, sécrète l'adrénaline et est principalement contrôlée par le système nerveux autonome.

ADRENOCORTEX ... Voir les glandes surrénales.

AMPHÉTAMINES. . . Les drogues de synthèse qui réduisent la prise de conscience de la faim et de stimulation de l'activité mentale, rendant le sommeil impossible. Lorsqu'elles sont utilisées pour les deux derniers objectifs, elles créent une dangereuse accoutumance. Elles ne diminuent pas le besoin du corps pour la nourriture mais simplement suppriment la perception de ce besoin. Le médicament original a été appelé Benzédrine, dont les variantes modernes tels que Dexedrine, Dexamil, et Preludin ont été tirés. Les amphétamines peuvent aider un patient obèse pour éviter une nouvelle augmentation de poids, mais ne sont pas satisfaisantes pour réduire, car ils ne guérissent pas la maladie sous-jacente et que leur utilisation prolongée peut conduire à la malnutrition et à la toxicomanie.

ARTÉRIOSCLÉROSE. . . Le durcissement de la paroi artérielle à travers la calcification des dépôts anormaux d'une substance, en apparence grasse, connue sous le nom de cholestérol.

ASCHFIE1M-Zondek. . . Auteurs d'un test par lequel la grossesse précoce peut être diagnostiquée en injectant de l'urine d'une femme dans les souris femelles. L'HCG présente dans l'urine grossesse produit certains changements dans le vagin de ces animaux. De nombreux tests similaires, en utilisant d'autres animaux tels que les lapins, grenouilles, etc… ont été conçus.

ASSIMILER. . . Absorber des aliments digérés dans l'intestin.

AUTONOME. . . Ici utilisé pour décrire le système nerveux autonome ou végétatif qui gère les régulations automatiques du corps.

METABOLISME DE BASE. . . Le nombre des produits chimiques dans l'organisme au repos complet et à jeun. Le métabolisme de base est exprimé par la quantité d'oxygène utilisée dans un temps donné. La vitesse du métabolisme de base (MB) est commandée par la glande thyroïde.

CALORIES. . . La teneur en calories du physicien est la quantité de chaleur nécessaire pour élever la température de 1 cc. d'eau de 1 degré centigrade. Calories de la dieticiari (toujours écrit avec un C majuscule) est 1000 fois supérieure. Ainsi, lorsque

nous parlons d'un régime de 500 calories, cela signifie que le corps est fourni avec autant de carburant qui serait nécessaire pour élever la température de 500 litres d'eau de 1 degré Celsius ou 50 litres par 10 degrés. C'est tout à fait insuffisant pour couvrir les besoins en chaleur et d'énergie d'un corps d'adulte. Dans le procédé de l'HCG le déficit est constitué à partir des dépôts de graisses anormaux, dont un demi-kilo fournit le corps avec plus de 2000 calories. Comme c'est à peu près le montant perdu chaque jour, un patient sous HCG n'est jamais à court de carburant.

CÉRÉBRAL. . . Du cerveau. Une maladie vasculaire cérébrale est un trouble relatif aux vaisseaux sanguins du cerveau, tels que la thrombose cérébrale ou une hémorragie, connue sous le nom d'apoplexie ou d'accident vasculaire cérébral.

CHOLESTÉROL. . . Une substance qui ressemble à de la graisse et contenue dans presque toutes les cellules du corps. Dans le sang il existe sous deux formes, connues comme étant libre et estérifié. Cette dernière forme est, sous certaine condition, déposée dans la paroi interne des artères (voir artériosclérose). Aucune relation claire et nette entre la consommation de graisses et le niveau de cholestérol dans le sang n'a encore été établie.

CHORIONIQUE. . . Du chorion, qui fait partie du placenta ou après la naissance. Le terme chorionique est justement appliqué à l'HCG, comme cette hormone est produite exclusivement dans le placenta, d'où il pénètre dans le sang de la mère humaine et est ensuite excrété dans l'urine.

MANGER COMPULSIVEMENT (NDLR BOULIMIE?). . . Une forme de gratification orale avec laquelle un instinct sexuel refoulé est parfois indirectement soulagé. La compulsion alimentaire ne doit pas être confondue avec la vraie faim dont la plupart des patients obèses souffrent.

CONGÉNITALE. . . Toute condition qui existe à la naissance ou avant.

ARTÈRES CORONAIRES . . . Deux vaisseaux sanguins qui entourent le cœur et la fournissent de tout le sang requis par le muscle cardiaque.

CORPUS LUTEUM. . . Un corps jaune qui se forme dans l'ovaire au niveau du follicule à partir duquel un œuf a été détaché. Cet organisme agit comme une glande endocrine et joue un rôle important dans la menstruation et la grossesse. Sa sécrétion est l'une des hormones sexuelles et elle est stimulée par une autre hormone connue sous le nom LSH, qui signifie luteum hormones stimulant. LSH est produite dans le lobe antérieur de l'hypophyse. LSH est vraiment gonadotrope et ne doit jamais être confondue avec HCG, qui est une substance totalement différente, et qui n'a pas une action directe sur le corps jaune.

CORTEX. . . Revêtement ou écorce externe. Le terme est appliqué à la partie extérieure des glandes surrénales mais est également utilisé pour décrire la matière grise qui recouvre la substance blanche du cerveau.

CORTISONE. . . Une substance synthétique qui agit comme une hormone surrénale. Elle est aujourd'hui utilisée dans le traitement d'un grand nombre de maladies et plusieurs variantes chimiques ont été produits, parmi lesquelles la prednisone et la triaincinolone.

CUSHING. . . Un grand chirurgien du cerveau américain qui a décrit une condition de l'obésité extrême associée à des symptômes de trouble des glandes surrénales. Le syndrome de Cushing peut être provoqué par une maladie organique de l'hypophyse ou des glandes surrénales, mais, ainsi qu'il a été découvert par la suite, il se produit également à la suite d'une prise excessive du médicament ACTH.

DIENCÉPHALE. . . Une très primitive et donc ancienne partie du cerveau qui se trouve entre et sous les deux grands hémisphères. Chez l'homme, le diencéphale (ou hypothalamus) est subordonné au cerveau supérieur ou cortex, et pourtant il contrôle ultimement tout ce qui se passe à l'intérieur du corps. Il réglemente toutes les glandes endocrines, le système nerveux autonome, l'allocation de gras et de sucre. Il semble aussi être le siège des instincts animaux primitifs et est la station de relais par laquelle les émotions sont traduites par les réactions corporelles.

DIURÉTIQUE. . . Toute substance qui augmente le flux d'urine.

TROUBLES. . . Fonctionnement anormal d'un organe, qu'il soit excessif, déficient ou altéré de quelque façon que ce soit.

ŒDÈME. . . Une accumulation anormale de l'eau dans les tissus.

ÉLECTROCARDIOGRAMME. . . Traçage des phénomènes électriques qui se produisent dans le cœur lors de chaque battement. Le tracé fournit des informations sur l'état et le fonctionnement du cœur qu'il est impossible d'obtenir autrement.

ENDOCRINIEN. . . Nous distinguons les glandes endocrines et exocrines. Ces premières produisent des hormones, des régulateurs chimiques, qu'elles sécrètent directement à l'intérieur de la circulation sanguine dans la glande et d'où elles sont transportées dans tout le corps. Des exemples de glandes endocrines sont l'hypophyse, la thyroïde et les glandes surrénales. Les glandes exocrines produisent une sécrétion visible telle que la salive, la sueur, l'urine. Il y a aussi des glandes qui sont endocrines et exocrines. Des exemples sont les testicules, la prostate et le pancréas, ce qui produit l'hormone insuline et les ferments digestifs qui découlent de la glande dans le tractus intestinal. Les glandes endocrines sont étroitement dépendantes les unes des autres, elles sont liées au système nerveux autonome et le diencéphale préside tout ce système de régulation incroyablement complexe.

DÉCHARNÉ. . . Grossièrement sous-alimenté.

EUPHORIE. . . Un sentiment de particulier bien-être physique et mental.

FERAL. . . Sauvage, sans retenue.

FIBROME. . . Toute nouvelle tumeur bénigne du tissu conjonctif. Quand une telle tumeur provient d'un muscle, elle est appelée myome. Le siège le plus fréquent des myomes est l'utérus.

FOLLICULE. . . Tout petit kyste ou sac contenant un liquide corporel. Ici, le terme s'applique au kyste de l'ovaire, dans lequel l'œuf est formé. L'œuf est expulsé quand un follicule mûr éclate et c'est ce qu'on appelle l'ovulation (voir corpus luteum).

FSH. . . Abréviation de l'hormone folliculostimulante. La FSH est une autre (voir le corpus luteum) hormone pituitaire antérieure qui agit directement sur le follicule de l'ovaire est par conséquent correctement appelée une gonadotrophine.

GLANDES. . . Voir endocrinien.

GONADOTROPHINE. . . Voir le corps jaune, follicule et FSH. Gonadotrope signifie littéralement glande dirigée vers le sexe. FSH, LSH et les hormones équivalentes chez le mâle, l'ensemble produit dans le lobe antérieur de l'hypophyse, sont de véritables gonadotrophines. Malheureusement et cela peut prêter à confusion, le terme gonadotrophine a également été appliqué à l'hormone placentaire de grossesse appelée gonadotrophine chorionique humaine (HCG). Cette hormone agit sur le diencéphale et ne peut influer qu'indirectement les glandes sexuelles par le lobe antérieur de l'hypophyse.

HCG. . . Abréviation de la gonadotrophine chorionique humaine

HORMONES. . . Voir endocrinien.

HYPERTENSION. . . L'hypertension artérielle.

HYPOGLYCÉMIE. . . Un état dans lequel la glycémie est inférieure à la normale. Il peut être soulagé par la consommation de sucre.

HYPOPHYSE. . . Un autre nom pour la glande pituitaire

HYPOTHÈSE. . . Une tentative d'explication ou de spéculation sur des faits observés et comment les données scientifiques isolées peuvent être mises en relation de cause à effet de manière intellectuellement satisfaisant. Les hypothèses sont utiles pour diriger des recherches plus poussées mais ne sont pas nécessairement une exposition de ce qui est considérée être la vérité. Avant qu'une hypothèse puisse prétendre à la dignité d'une théorie ou d'une loi, elle doit être confirmée par toutes les recherches futures. Dès que la recherche se tourne vers des données qui ne correspondent plus à l'hypothèse, elle est immédiatement abandonnée pour une meilleure.

LSH. . . Voir le corps jaune.

MÉTABOLISME. . . Voir le métabolisme de base.

MIGRAINE. . . Mal de tête sévère souvent associé à des vomissements.

MUCOÏDE. . . . Ressemble à une mucosité.

MYOCARDE. . . Le muscle cardiaque.

MYOME. . . Voir fibrome.

MYXEDEMA. . . Accumulation d'une substance mucoïde dans les tissus qui se produit en cas de grave insuffisance thyroïdienne primaire.

NÉOLITHIQUE. . . Dans l'histoire de la culture humaine, nous distinguons l'âge de pierre ou paléolithique, le Moyen Age ou Mésolithique et le Nouvel Âge de Pierre ou la période néolithique. La période néolithique a commencé il y a environ 8000 ans, lorsque les premières tentatives de l'agriculture, la poterie et la domestication des animaux, commencés à la fin de la période mésolithique, ont soudainement commencé à se développer rapidement le long de la route qui conduit à la civilisation moderne.

UNE SOLUTION SALINE NORMALE. . . Une faible concentration de sel dans l'eau égale à la salinité des liquides corporels.

PHLÉBITE. . . Une inflammation des veines. Quand un caillot de sang se forme à l'emplacement de l'inflammation, on parle de thrombophlébite.

PITUITAIRE. . . Une glande endocrine très complexe qui est à la base du crâne, consistant principalement en un lobe antérieur et un lobe postérieur. L'hypophyse est contrôlée par le diencéphale qui régule le lobe antérieur au moyen d'hormones qui lui parviennent par l'intermédiaire de petits vaisseaux sanguins. Le lobe postérieur est commandé par les nerfs qui se déplacent à partir du diencéphale dans cette partie de la glande. Le lobe antérieur sécrète de nombreuses hormones, parmi lesquelles celles qui régissent les autres glandes comme la thyroïde, les glandes surrénales et les glandes sexuelles.

PLACENTA. . . L'après-naissance. Chez les femmes, un organe important et très complexe à travers lequel l'enfant dans l'utérus reçoit sa nourriture du corps de la mère. Il est l'organe dans lequel l'HCG est fabriqué, puis dégagée dans le sang de la mère.

PROTÉINES. . . La substance vivante dans les cellules végétales et animales. Les herbivores peuvent prospérer sur les protéines végétales seules mais l'homme doit se fonder sur des protéines d'origine animale (lait, œufs ou chair) pour vivre sainement. Lorsque la protéine est mangée insuffisamment, le corps retient l'eau.

PSORIASIS. . . Une maladie de peau qui produit des plaques squameuses. Celles-ci ont tendance à disparaître pendant la grossesse et le traitement de l'obésité par la méthode de l'HCG.

RÉNALE. . . Du rein.

RESERPINE. . . Un médicament Indien largement utilisé dans le traitement de l'hypertension artérielle et de certaines formes de trouble mental.

LAVEMENT. . . La perfusion lente d'un liquide dans le rectum, d'où il est absorbé et non évacué.

SACRUM. . . Une fusion du vertébré inférieur dans la grande masse osseuse dans laquelle le bassin est fixé.

VITESSE DE SÉDIMENTATION. . . La vitesse à laquelle une suspension de globules rouges du sang se dépose. Une décantation rapide est appelée taux de sédimentation élevée et peut être indicative d'un grand nombre de troubles corporels de la grossesse.

LA SÉLECTION SEXUELLE. . . Une préférence sexuelle pour les personnes qui présentent certains traits. Si cette préférence ou le choix se perpétue de génération en génération, de plus en plus de personnes montrant le caractère apparaît dans la population générale. L'environnement naturel a peu ou rien à voir avec ce processus. La sélection sexuelle diffère donc de la sélection naturelle, à laquelle l'homme moderne n'est plus soumis parce qu'il change son environnement plutôt que de laisser l'environnement le changer.

STRIES. . . Déchirure des couches inférieures de la peau en raison de l'étirement rapide durant l'obésité ou au cours de la grossesse. Lors de leurs premières formations, ce sont des lignes rouges sombres qui deviennent plus tard des cicatrices blanches.

GLANDES SURRÉNALES. . . Voir les glandes surrénales.

SYNDROME. . . Un groupe de symptômes qui dans leur association sont caractéristiques d'un trouble particulier.

THROMBOPHLÉBITE. . . Voir phlébite.

THROMBUS. . . Un caillot de sang dans un vaisseau sanguin.

TRIAMCINOLONE. . . Un dérivé de la cortisone moderne.

L'ACIDE URIQUE. . . Produite par la répartition de protéines ou leur utilisation dans le corps. Lorsque l'acide urique se dépose dans le cartilage des articulations, nous parlons de la goutte.

ULCÈRES VARIQUEUX. . . Ulcération chronique au-dessus des chevilles à cause de varices qui interfèrent avec la circulation sanguine normale dans les régions touchées.

VÉGÉTATIVE. . . Voir autonome.

VERTÉBRÉS. . . Tout animal qui a une épine dorsale.