Extrait de la Revue Médicale de la Suisse Romande LXXI^o année. N^o 4.

Psychothérapie et traitement hormonal dans l'hyperostose frontale interne

PAR

H. FLOURNOY (Genève)

Le Dr Calame vient de faire à la Société médicale de Genève, le 27 février, un intéressant exposé sur l'« hyperostose frontale interne » — syndrome de Morel, de Morgagni-Morel, ou de Stewart-Morel, caractérisé par la triade : hyperostose, adipose, troubles neuro-psychiques. Au cours de la discussion qui suivit et qui fut introduite par le professeur Morel lui-même, le professeur Roch demanda pourquoi on ne tenterait pas l'emploi d'hormones masculines, puisque le syndrome est assez fréquent chez la femme tandis qu'il est extrêmement rare chez l'homme ?

Etant donné l'importance croissante que les thérapeutiques endocriniennes ont prise aux yeux de tous les praticiens, y compris les psychothérapeutes auxquels elles facilitent singulièrement la tâche, je pense qu'il n'est pas sans intérêt de rapporter ici deux observations personnelles. La première, déjà ancienne, va être brièvement résumée; la seconde, toute récente, sera forcément très sommaire.

Observation I. — M^{me} H., 66 ans, est amenée à ma consultation en 1925 pour un délire de persécution qui la tourmente de plus en plus depuis dix mois. Pas d'affaiblissement démentiel. Elle accepte de venir régulièrement me voir. Au cours de soixante séances de psychothérapie à tendance analytique, réparties sur une durée totale d'environ trois mois, la malade ne tarde pas à éprouver un grand soulagement et à se rétablir d'une façon complète et durable qui lui permet de reprendre une existence normale.

Treize ans plus tard — alors qu'en l'absence de tout traitement aucune rechute ne s'était produite — M^{me} H. commence à perdre la mémoire ; puis elle donne des signes d'incohérence, de déchéance mentale et d'affaiblissement qui ne cessent de s'accroître, en sorte qu'on est obligé au bout de deux ans de la faire entrer à la Clinique psychiatrique de Bel-Air dans un état de démence très accentuée. Elle est âgée alors de 81 ans. A Bel-Air, le professeur Morel pense à une hyperostose frontale interne, diagnostic confirmé aussitôt par la radiographie et ensuite par l'autopsie, M^{me} H. étant décédée à la Clinique à 83 ans.

Je puis me dispenser de revenir sur les détails psychologiques et cliniques de ce cas, auquel j'ai déjà consacré trois articles. Je me bornerai donc à faire ici quelques remarques.

Tout d'abord il me sembla qu'il ne pouvait y avoir aucune relation entre l'hyperostose frontale, mise en évidence à 81 ans, et le délire de persécution apparu quinze ans plus tôt et guéri par la psychothérapie seule, sans médication adjuvante d'aucune sorte. Mais mon opinion changea lorsque j'eus la chance, en fouillant la bibliographie, de tomber sur une observation fort instructive de Hemphill et Stengel, psychiatres à Bristol, concernant une mère et sa fille (65 et 32 ans) atteintes toutes deux d'hyperostose frontale interne et de délire de persécution. La petite-fille, âgée de 10 ans — donc la troisième génération — montre à la radiographie du crâne des modifications osseuses semblables mais beaucoup moins marquées; et les traits de caractère de cette fillette ressembleraient déjà à ceux de sa mère et de sa grand'mère! (Il s'agit donc d'une affection qui peut être familiale, comme y a insisté Morel et comme cela ressort aussi d'une observation publiée par le Dr DE MONTMOLLIN).

Dans le cas des auteurs anglais, la similitude des idées de persécution d'une génération à l'autre, associée à la similitude des déformations de l'os frontal, semble prouver que le lien entre ces deux ordres de symptômes n'est pas fortuit ou accessoire. J'en ai conclu que chez ma malade le délire de persécution était probablement, lui aussi, en rapport avec les stades initiaux de l'hyperostose frontale.

La diversité des troubles psychiques dans le syndrome en question (dépression, anxiété, désorientation, agitation, agressivité, mélancolie, plus rarement délire de persécution, etc.) s'explique, selon Hemphill, par la constitution mentale individuelle. Cette façon de voir me paraît très juste, pourvu que la notion de « constitution mentale » soit prise dans son sens le plus large et qu'elle englobe aussi, à côté de la prédisposition héréditaire, les expériences psychologiques vécues par le sujet dès son enfance, et qui ont façonné petit à petit sa personnalité (constitutional make-up d'Adolf Meyer).

Ce sont bien ces derniers facteurs, et non les altérations anatomiques, qui rendent compte de la manière la plus satisfaisante de la nature des troubles psychiques, de leur forme particulière individuelle et de leur contenu, si variables d'un sujet à un autre. Ceci explique du même coup pourquoi la psychothérapie peut exercer à elle seule, comme ce fut le cas chez M^{me} H., une action efficace et durable — à condition, bien entendu, que les troubles psychiques ne soient pas démentiels.

Observation II. — M^{me} X., 28 ans, atteinte depuis plusieurs mois d'une névrose d'obsession, m'est adressée en décembre 1950 par le professeur Minkowski, de Zurich, pour que je la soumette à un traitement surtout psychothérapique. Elle souffre d'obsessions impulsives très pénibles et tenaces, avec insomnies, angoisses, phobies, qui sont un sérieux obstacle à son activité, l'inquiètent et la dépriment beaucoup. Ayant habité récemment la Palestine — où elle a subi des chocs émotionnels — elle a été soignée par des psychiatres et examinée à Jérusalem par le professeur Zondek, l'endocrinologiste, qui a constaté à la radioscopie une hyperostose frontale interne et admis des troubles hypophyso-diencéphaliques.

Au bout de quinze jours je fus obligé d'interrompre moi-même, pour cause de maladie, le traitement que j'avais commencé chez M^{me} X., et qui n'avait consisté d'ailleurs qu'en cinq séances de psychothérapie sans aucun résultat appréciable. Quelque temps plus tard, arriva de Palestine une radiographie du crâne faite

en novembre 1950, que le professeur Minkowski me transmit avec les indications suivantes:

« Vous pourrez y constater qu'il existe chez M^{me} X. une hyperostose frontale interne prononcée. Les auteurs les plus récents qui ont étudié ce syndrome (Warter et collaborateurs) l'attribuent à l'hyperfolliculinie et à l'action de la folliculine sur le métabolisme calcique. Ils recommandent un traitement par le Pérandrène Ciba... Les auteurs insistent sur la fréquence de troubles nerveux tels qu'angoisses, inquiétude, dépression, parfois chez des femmes jeunes et parfaitement réglées, et sur quelques résultats spectaculaires d'un pareil traitement. Je crois qu'on pourrait l'essayer également chez M^{me} X., à laquelle il a aussi été recommandé par le professeur Zondek.»

Je confiai dès lors la malade à un neurologue, le Dr Pierre Richard, qui voulut bien entreprendre dans le courant de février la thérapeutique hormonale. Il est encore trop tôt pour enregistrer un résultat définitif; mais nous espérons beaucoup, le Dr Richard et moi, que M^{me} X. finira par être débarrassée de ses maux, ce qui rendra toute psychothérapie superflue.

Quoi qu'il advienne de ce cas particulier, il m'a paru intéressant de noter dès maintenant que la suggestion du professeur Roch à la Société médicale, sur l'emploi d'hormones masculines dans l'hyperostose frontale interne, avait déjà trouvé une confirmation qualifiée de « spectaculaire » selon l'expérience de quelques cliniciens.

BIBLIOGRAPHIE

Morel, F.: L'hyperostose frontale interne. Syndrome de l'hyperostose frontale interne avec adipose et troubles cérébraux. Genève, 1929. Et Paris, 1930, un vol. 93 p. (Doin & Co). — L'hyperostose frontale interne. Ses signes cliniques et les symptômes associés. Schweiz. Med. Woch., 1937, 67, p. 1235. — Glandes endocrines et vitamines. Genève, 1943. Cours de perfectionnement de la Fac. de Médecine, p. 281-299.

FLOURNOY, H.: Délire systématisé de persécution. Evolution psychiatrique. Paris, 1927, II, p. 9-27. — Psychotherapy and Psychiatry. Journ. of nervous and mental disease. New-York, 1938, 88, p. 141-149. — Délire de persécution et hyperostose frontale interne (syndrome de Stewart-Morel). Arch. suisse de Neurol. et

Psychiatrie, 1944, 53, II, p. 302-315. (Avec de nombreuses références bibliographiques).

HEMPHILL, R. E. et Stengel, E.: Morgagni's syndrome: a clinical and pathological study. Journ. of mental science. 1940, 86, p. 341-365.

Montmollin, R. de: Hyperostose frontale interne familiale. Rev. neurol., 1941, No 1-2, p. 15-23.

Stewart, R. M.: Localized cranial hyperostosis in the insane. Journ. of Neurol. and Psychopathol., 1928, 8, p. 321-331. — Hyperostosis frontalis interna: its relationship to cerebral atrophy. Journ. of mental science, 1941, 87, p. 600-607.

Warter, J., Bloch, S. et Moise, R.: Hyperostose frontale interne et hyperfolliculinie. Soc. méd. des Hôpitaux, Paris, 1950, p. 1057-1063.

Warter, J., Bloch, S. et Pivel, E.: Nouveau cas d'hyperostose frontale interne chez une femme jeune. Hyperfolliculinie. Suppression des troubles subjectifs par l'administration de testostérone. Ibid., 1950, p. 1401-1405.