

Du Bon Usage des Médecins en Assyriologie

Annie Attia et Gilles Buisson (Paris)

Quand l'assyriologue s'occupe de textes techniques comme ceux concernant l'extraction de l'huile de sésame ou le travail du métal il recherche l'avis de spécialistes et il consulte des ouvrages de référence. La médecine, même si le matériau de base est notre propre corps n'échappe pas à cette règle.

Nous pratiquons une médecine de pays surmédicalisés qui n'a plus grand chose à voir en apparence avec celle qui était pratiquée par les médecins mésopotamiens (à ce propos nous parlerons de « médecins mésopotamiens », avec guillemets, sans entrer dans la polémique *âšipu*, *asû* et collaborateurs). Pouvons nous malgré tout apporter une aide à l'assyriologue ? Pour nous la réponse est « oui » et nous prendrons des exemples dans le SA.GIG et dans les textes dits thérapeutiques qui illustrent le savoir spécialisé de l'époque. Ces textes comportent une partie clinique et une partie thérapeutique.

Autant le dire tout de suite vous n'avez rien à attendre du médecin en ce qui concerne la validité des traitements proposés dans la médecine mésopotamienne. Il n'y connaît rien en plantes et encore moins en incantations, quoique... Nous ne nous occuperons donc que de la partie clinique.

Une première remarque s'impose : « la médecine étant l'art des incertitudes »¹ et les médecins étant ce qu'ils sont, c'est à dire très critiques entre eux, un seul médecin ne suffira pas. Pour bien faire il faudrait au minimum trois médecins, par exemple : un généraliste, un spécialiste et soit un vieux médecin de campagne soit un médecin de brousse, et peut-être autant d'assyriologues !

Le secret pour bien user du médecin d'aujourd'hui à des fins assyriologiques est simple : il faut que vous le considériez non pas comme un médecin mais comme un patient, votre patient. Pour un tel patient qui ne se sait pas malade une forme de restructuration cognitive est indiquée.

Il vous faudra procéder comme suit : établir une alliance thérapeutique, lutter contre le « c'est pas de la médecine » et freiner le côté machine à diagnostics du médecin moderne. C'est à ces conditions que vous pourrez en fin de thérapie voguer vers les rivages heureux de la collaboration fructueuse.

1) Pour établir une alliance thérapeutique avec le médecin, soumettez vous à son jargon : le terme « thénar du pied »², malgré les précautions d'emploi de l'inventeur de cette expression, fait sursauter le médecin qui n'aime pas trop que l'on crée des mots ou des expressions pseudo médicales ; certains mots d'usage courant et d'apparence banale comme migraine ou vertige ont un sens très

¹ « Medicine is a science of uncertainty and an art of probability », aphorisme de Sir William Osler (Bean, 1968)

² Labat R, 1951, p.92 note 178 *suhar šêpê*

précis dans le vocabulaire des médecins et devront être utilisés conformément aux définitions médicales. Acceptez ses connaissances médicales de base : les veines ne battent pas, il n'y a ni muscle, ni tendon visible sur la poitrine d'une femme enceinte.

Autrement dit, n'hésitez pas à être très empathiques, dites lui « le dernier mot appartient à la médecine » alors que vous n'en penserez rien, et vous aurez raison. Dans l'expression « *šerânû eqbišu im malû* »³ si vous laissez le choix au médecin de la lecture de l'idéogramme im (*tiddu* argile ou *šâru* air) il préférera la valeur argile parce que quand il appuie avec le doigt sur un oedème des membres inférieurs une marque s'imprime comme dans de l'argile (« signe du godet »). Ce choix vous aurez raison de le critiquer si vous pensez que les médecins mésopotamiens croyaient que les *šerânû* pouvaient transporter de l'air. Autre exemple : si vous avez lu Fritz Rudolph Kraus⁴, Miguel Civil⁵ et Aristote⁶ vous serez probablement tentés de faire de l'*abbuttu* le bregma, le médecin vous dira « cela n'existe pas », mais il est possible que vous ayez raison car longtemps le bregma a été considéré comme un os à part entière avant de se dissoudre dans l'os frontal.

2) Une fois obtenue l'alliance thérapeutique votre premier souci sera de lutter contre le « c'est pas de la médecine » en essayant de le persuader de sa proximité avec le médecin mésopotamien. Pour l'amener à voir dans son prédécesseur un confrère et non un vulgaire rebouteux : rendez vivant le médecin mésopotamien avec son souci de donner un pronostic et de soigner au mieux son patient. Pour cela quelques lettres tirées des archives de Mari ou de la correspondance royale des Sargonides feront l'affaire. Continuez votre pédagogie en insistant sur la similitude des démarches intellectuelles. Vous pourrez mettre en parallèle la phrase tirée du « Harrison », un classique de la médecine moderne : « le malade doit être littéralement épluché de la racine des cheveux à la pointe des orteils »⁷ et l'expression *ištu muhhi adi šépê* chère à Esagil-kîn-apli, l'éditeur du SA.GIG. Montrez lui que les traités anciens sont élaborés sur le modèle signe, diagnostic, pronostic / traitement. Demandez lui, par exemple, de faire le plan de la deuxième tablette de la série UGU : l'exposition méthodique des symptômes l'étonnera et la distinction traitements externes, traitements internes précédant un excursus sur les cas incurables et l'annonce d'un chapitre sur le traitement des formes résistantes le laissera bouche bée.

Une fois le médecin convaincu de sa confraternité avec le médecin mésopotamien vous pourrez lui présenter un texte en lui posant deux questions : est-ce que dans ce texte vous retrouvez quelque chose de votre savoir clinique ? Et, est-ce que dans ce texte vous retrouvez les propos de vos patients ?

³ diš na gig *ka-bar-ti* gig-*ma* sa *eq-bi-šú* im *ma-lu-ú* (AMT 73 i 18).

⁴ Kraus FR, 1947

⁵ Civil M, 1973.

⁶ *Historia Animalium* I, [7].

⁷ Wintrobe et al., 1975, p. 4. Voir aussi la dernière édition (Braunwald E et al, 2001, p. 2) : « Although attention is often directed by the history to the diseased organ or part of the body, the examination of a new patient must extend from head to toe in an objective search for abnormalities. »

Pour ce qui est de l'expérience clinique vous aurez trois types de réponses.

Première réponse : le tableau clinique est évocateur d'emblée. La lecture du médecin de la phrase suivante : « cas d'un homme âgé, si son corps est jaune, si ses entrailles sont gonflées et si les veines de son ventre sont ... enchevêtrées, il mourra »⁸ sera : ictère, distension abdominale, circulation collatérale. Il ne pourra que confirmer le pronostic très sombre. De même pour l'association : ictère plus syndrome hémorragique suggéré par « si son corps est jaune et si ses yeux sont pleins de sang, il mourra.⁹ »

Deuxième réponse : les signes sont évocateurs mais obligent le médecin à imaginer un contexte qui n'est pas décrit dans le texte mésopotamien. Il en va ainsi des formulations suivantes : « si, étant malade depuis quatre jours, il met sans arrêt ses mains sur son ventre ... il mourra.¹⁰ » et « si, étant malade un jour il met ses doigts dans sa bouche et quand tu les lui retires, il les y remet, il mourra...¹¹ ». Pour le médecin moderne ces signes cliniques se rencontrent dans des contextes particuliers, le premier cas peut évoquer la décérébration notamment post traumatique ou des formes avancées de péritonite et le deuxième cas suggère, entre autres possibilités, l'apparition d'un réflexe archaïque en relation avec une atteinte majeure de l'encéphale notamment infectieuse. Les deux exemples posent la question de savoir ce que veut dire « être malade depuis x jours ». De même les pronostics liés aux couleurs de certaines parties du corps peuvent être expliqués rationnellement pour peu qu'on les imagine dans un contexte de plaie ou de lésion cutanée : le rouge peut renvoyer au processus inflammatoire de guérison, le jaune-vert au pus, franc et louable, de bon pronostic et le noir à la gangrène plus sévère que ce soit pour la plaie, la lésion ou le patient.

La troisième réponse est soit le silence, soit la cacophonie. Ainsi dans l'exemple suivant : « si l'ensemble des cordes du malade sont saines et si les cheveux de sa tête se dressent au niveau de son oreille : il mourra¹² », le médecin s'arrache les cheveux, il n'arrive pas à rattacher le pronostic et les signes décrits à ses connaissances cliniques pratiques ou théoriques. Et pourtant, si on le pousse il pourra donner des réponses mais attention elles seront du style à décoiffer, elles n'auront plus grand-chose à voir avec le texte.

N'oubliez pas que vous êtes les maîtres du texte et de la culture mésopotamienne. Derrière un signe d'apparence médicale peut se cacher un signe ominal ou une pratique culturelle : symbolisme des couleurs, position des mains sur le ventre etc.

Pour ce qui est de reconnaître les propos de ses patients on peut distinguer deux types de réponses.

⁸ diš ki.min su-šú gim ki.min sig₇ šà.meš-šú *nap-hu* sa šà-šú sig₇ gib.me gam. SA.GIG 16/92' (Heeßel N, 2000, p. 180).

⁹ diš u₄ 5-kám gig-*ma* uzu.meš-šú sig₇ šub-ú igi^{II}-šú múd sa₅.meš gam. SA.GIG 16/47' (Heeßel N, 2000, p. 176).

¹⁰ diš u₄ 4-kám gig-*ma* šu^{II}-šú *ina* šà-šú gar.gar-*an* igi.meš-šú sig₇ šub-ú gam. SA.GIG 16/43' (Heeßel N, 2000, p.176).

¹¹ diš ki.min-*ma* u.meš-šú *ina* ka-šú gar-*na-ma ta-tab-bal-ma ana* ka-šú *ú-tar úš-ma...* SA.GIG 15/27' : (Heeßel N, 2000, p. 151).

¹² [diš gig nig]n sa.meš-šú *šal-mu-ma* sík s[ag.du-šú *in*]a geštug-šú *zaq-pat* gam. SA.GIG 19-20/125' (Heeßel N, 2000, p.233).

Parfois il retrouve directement dans le texte mésopotamien les plaintes de ses patients : l'expression akkadienne *libbašu ana parê êtenella*¹³ se retrouve dans j'ai des haut-le-cœur, de même pour : mes yeux sont lourds : *înâšu kabtâšu*¹⁴, j'ai des picotements dans les doigts : *ûbânâtîšu uzaqqatâšu*¹⁵ etc. Parfois il hésite entre signe et symptôme. Dans la phrase : « si étant malade 2 jours, sa tempe droite lui fait mal et son oeil droit produit une ombre »¹⁶. Le fait de traduire le terme *šillu* par ombre évoque plus au praticien un symptôme subjectif : le patient consulte parce qu'il voit des ombres ou des taches sombres, ce qui va bien dans ce contexte de douleur à la tempe. S'il s'agissait malgré tout d'un signe d'inspection le médecin préférera traduire *šillu* par tache sombre ou opaque ce qui l'orientera vers d'autres diagnostics. Il aura du mal à reconnaître dans ce mot la description objective d'un ptérygion, d'autant que ses patients le lui décrivent de la façon suivante : « docteur, j'ai une peau, une chair qui pousse dans l'oeil ». Ceci rappelle l'expression *šîrum âlikum* signalée par Marten Stol¹⁷.

3) Quand vous aurez amorcé le médecin il va fonctionner comme une machine à diagnostics et il faudra le freiner. La raison en est qu'à partir de ce moment il entre dans le domaine explicatif. Autant on peut postuler une observation clinique commune au médecin mésopotamien et au médecin d'aujourd'hui, autant ils vont diverger dans leurs registres explicatifs et il n'y a aucune raison que l'explication moderne occulte l'explication ancienne.

L'explication moderne mérite d'être freinée. Pour donner un exemple : nous avons soumis le texte de UGU 2 à des confrères, la description de « tension de la corde des tempes » a immédiatement attiré leur attention. Le fait que cette « corde » puisse être une veine, une artère, un tendon ou un nerf leur a immédiatement fait évoquer la maladie de Horton qui se caractérise par une induration inflammatoire de l'artère temporale ainsi que par des céphalées temporales intenses, mais cette interprétation a été rejetée dans un second temps étant donné que les patients présentant ce type de pathologie avaient en général plus de 70 ans et qu'il était tout à fait improbable de faire ce diagnostic en Mésopotamie ancienne. Qu'on fait ces médecins ? Dans un premier temps ils ont porté un diagnostic conforme aux données actuelles de la science, « l'Être Suprême » : non seulement ils ont respecté le savoir médical de notre temps fait d'une accumulation de connaissances sur l'anatomie, sur le fonctionnement des organes et sur les processus pathologiques, mais encore ils ont raisonné selon une procédure d'urgence thérapeutique, véritable réflexe conditionné pour les médecins d'aujourd'hui : ne pas passer à côté d'une maladie grave, curable. Dans un deuxième

¹³ *šà-šú ana pa-re-e e-ta-ne-la-a.* (BAM 578 i 27).

¹⁴ *igi^{II}-šú dugud-šú.* (Labat R, 1951, TDP 122: 9).

¹⁵ *si.meš-šú u-zaq-qa-ta-šú.* (AMT 14, 5:1). Et il pourra vous en citer bien d'autres : je suis noué, j'ai la tête prise, j'ai pris un coup de froid, prendre un coup de sang, avoir un tour de rein etc. Il ne faudra pas négliger le recours aux expressions familières pour certaines traductions.

¹⁶ *diš u₄ 2-kám gig-ma sag.ki-šú šá 15 gu₇-šú igi-šú šá 15 gissu dù.* SA.GIG 16/21 (Heeßel N, 2000, p. 174)

¹⁷ Stol M, 1986, p. 296.

temps ils ont rejeté ce diagnostic en postulant le contexte de l'époque comme peu compatible avec le diagnostic qui avait été proposé.

Une bonne façon de freiner le médecin moderne est de le décentrer de *son hic et nunc* en lui prescrivant des devoirs à la maison. Un premier pas pourra être de lui conseiller la relecture d'un manuel de médecine tropicale ou mieux encore la lecture d'un manuel de pathologie coloniale comme l'a suggéré René Labat¹⁸ ou des journaux médicaux locaux comme l'a fait James Kinnier Wilson¹⁹. Le deuxième pas si l'élève est doué et intéressé, est de lui faire lire les traités anciens de médecine. Comme cela *takâpu* lui évoquera la douleur pongitive²⁰, *kîs libbi* deviendra « engouement du ventre ». Commercer avec Hippocrate lui rendra familier les exemples où le saignement de nez est un signe de bon pronostic²¹.

D'une façon plus générale cela lui permettra de retrouver la sémiologie qu'il a perdue. Le médecin moderne s'appuie de plus en plus sur les « examens complémentaires » pour poser son diagnostic. Il ne fait plus confiance aux couleurs du pus, des selles, des crachats pour faire son diagnostic mais demande un examen biologique. Il ausculte les poumons mais fait confiance aux radiologies, palpe le ventre mais s'en remet à l'échographie. Cela lui permettra aussi de retrouver ces cas dits historiques qu'il ne voit plus et de constater la volatilité des théories médicales et de leurs maladies au cours du temps.

Il ne sera pas inutile de lui faire lire des manuels pratiques à l'usage des populations non médicalisées : « Where There Is No Doctor »²², « Guide de la santé au village »²³, il y trouvera une présentation de la médecine bien éloignée des « case report » des sociétés savantes.

S'il peut jeter un coup d'oeil sur des ouvrages d'ethnomédecine, tant mieux ! Il pourra comparer par exemple « l'enflure des nerf-tendon-veines » de la médecine laotienne²⁴ avec le *sa.gal* ou bien il pourra être frappé par la coexistence dans la culture bisa au Burkina Faso²⁵ de diagnostics étiologiques réservés aux devins comme *main de dieu*, *main de spectre* et de diagnostics réservés aux guérisseurs, avec nom descriptif de la maladie.

L'explication ancienne mérite d'être promue. Le véritable enjeu est de connaître la conceptualisation mésopotamienne des maladies. *Main de spectre* c'est le diagnostic mésopotamien, inutile d'aller chercher une maladie moderne derrière ce concept. Il est plus intéressant d'essayer de comprendre les mécanismes étiopathogéniques et physiopathologiques (porte d'entrée, heure d'attaque, diffusion dans le corps etc.) postulés par le médecin mésopotamien.

¹⁸ cf « le précis de médecine coloniale » de Joyeux C, (1944 3^{ème} édition), cité par Labat R, 1954, p. 217.

¹⁹ cf le Journal of the Faculty of Medicine, Baghdad cité par Kinnier Wilson JV, 1968, p. 243.

²⁰ Cadelli D, 2000, p.339.

²¹ *diš u₄ 5.kám u₄ 10-kám gig-ma egir-nu múd pe-lu-tu ina kir₄-šú gin-ku tin* : si ayant été malade de 5 à 10 jours un sang rouge coule de son nez, il guérira. SA.GIG 16/55' (Heeßel N, 2000, p. 177).

²² Werner D, 1993.

²³ Sillonville F, 1985.

²⁴ Souk-Aloun P, 2001.

²⁵ Fainzang S, 1986.

Au terme de cette thérapie vous aurez un médecin convaincu et repentant. C'est seulement à partir de ce moment là qu'une collaboration fructueuse pourra commencer, vous concevez donc qu'il ne suffit pas de coincer un médecin au détour d'un couloir, il faut en faire votre pensionnaire.

Votre souci commun sera, dès lors, de repérer et de démêler niveau descriptif et niveau explicatif au sein des textes, mais ceci est une autre histoire.

Un dernier conseil : ne renoncez pas à prendre en thérapie les cas désespérés. En voici deux exemples empruntés, il n'y a pas de hasard, l'un à l'ophtalmologiste l'autre au psychiatre. En lisant les manuels d'ophtalmologie on peut tomber sur le mot *synchisis scintillans* ce qui peut faire penser aux descriptions d'éclairs dans les textes thérapeutiques²⁶ : or le *synchisis scintillans* ne scintille pas pour le patient, c'est une anomalie du vitré que seul l'ophtalmologiste peut observer après dilatation pupillaire. En lisant certains textes mésopotamiens caractérisés par une énumération d'évènements de vie négatifs²⁷, le psychiatre pourra y voir : soit le cas d'un patient particulièrement malheureux, ayant subi tous les outrages de l'existence, soit le cas d'un patient présentant une mélancolie avec des idées délirantes de ruine, soit une énumération par le médecin mésopotamien des causes possibles d'une dépression et sa description clinique. Si vous lui dites que le verbe *adâru* qui se trouve dans ces textes peut se noter graphiquement par ka x ge₆, c'est à dire : parole sombre, alors il critiquera des traductions comme « être agité ou avoir peur » qui signent l'anxiété, concept selon lui bien différent de celui de dépression.

En résumé, l'emploi du médecin moderne comme médication pour l'assyriologue et ses textes cliniques devra respecter les règles suivantes. L'indication majeure est l'élucidation sémiologique des textes. C'est là que le médecin est le plus compétent pour vous aider puisque la médecine clinique s'apprend au lit du malade et non pas dans les livres. Par contre l'aspect diagnostique n'est qu'une indication de seconde intention et implique de plus des précautions d'usage dont la première est de ne pas partir de la maladie moderne pour aller la lire dans les textes anciens et dont la seconde est de ne pas se lancer dans l'histoire des maladies sans recourir aux spécialistes de la « paléoécologie »²⁸, autant dire qu'une trithérapie ne suffira pas, sans parler des interactions ! L'administration du médecin se fera au long cours et à petites doses et il faudra respecter une contre-indication absolue : les cas d'hypersensibilité au médecin moderne, c'est à dire les cas de confiance aveugle en sa toute puissance et en son omniscience.

En fait la vraie réponse appartient au médecin mésopotamien mais même s'il avait été présent dans cette salle, aurait-il accepté de nous répondre et de nous dévoiler ses secrets ? Rien n'est moins sûr.

²⁶ *e-nu-ma igi^{II}-šú bu-ur-ša id-da-nag-ga-la...* (BAM VI 516 i 2, série IGI, Fincke J, 2000, p.92).

²⁷ Voir par exemple BAM 234.

²⁸ cf le festival des « palão » in Graumann LA, 2000, p. 92.

Bibliographie

- Aristotle, 2002** Historia Animalium. Volume I: Books I-X: Text. Balme DM (ed), Cambridge: Cambridge University Press.
- Bean WB, 1968** Sir William Osler: Aphorisms from His Bedside Teachings and Writings. 3rd ed. Springfield: Charles C Thomas (cité dans Silverman et al. 2003).
- Braunwald E et al, 2001** Harrison's 15th edition. Principles of Internal Medicine. New York: McGraw-Hill.
- Cadelli DS, 2000** Recherche sur la Médecine Mésopotamienne, la série *šumma amêlu suâlam maruș*. Doctorat de l'Université de Paris I Panthéon Sorbonne directeur : Charpin D, en co-tutèle avec l'Université de Genève, co-directeur : Cavigneaux A. (thèse non publiée).
- Civil M, 1973** From Enki's Headaches to Phonology. Journal of Near Eastern Studies 32, 57-61.
- Fainzang S, 1986** « L'intérieur des choses ». Maladie, divination et reproduction sociale chez les Bisa du Burkina. Paris : Editions L'Harmattan.
- Fincke J, 2000** Augenleiden nach keilschriftlichen Quellen, Untersuchungen zur altorientalischen Medizin. Würzburger medizinhistorische Forschungen, Bd 70, Würzburg: Königshausen und Neumann.
- Graumann LA, 2000** Die Krankengeschichten der Epidemienbücher des Corpus Hippocraticum. Medizinhistorische Bedeutung und Möglichkeiten der retrospektiven Diagnose. Aachen: Shaker Verlag.
- Heeßel NP, 2000** Babylonisch-assyrische Diagnostik. Münster: Ugarit-Verlag. (AOAT 43).
- Kinnier Wilson JV, 1968** Gleanings from the Iraq Medical Journals. Journal of Near Eastern Studies 27, 243-250.
- Köcher F, 1963a – 1980b** Die babylonische-assyrische Medizin in Texten und Untersuchungen. Berlin: Walter de Gruyter. 1963a (I), 1963b (II), 1964 (III), 1971 (IV), 1980a (V), 1980b (VI).
- Kraus FR, 1947** Weitere Texte zur babylonischen Physiognomik. OrNS XVI, 172-206.
- Labat R, 1951** Traité akkadien de diagnostics et pronostics médicaux. Paris : Académie Internationale d'Histoires des Sciences et Leiden: EJ Brill.
- Labat R, 1954** A propos de la chirurgie babylonienne. Journal Asiatique, 207-218.
- Sillonville F, 1985** Guide de la santé au village. « Docteur » Maïmouna parle avec les villageois. Douala : Institut Panafricain pour le Développement et Paris : Editions Karthala.
- Silverman ME et al, 2003** The Quotable Osler. Philadelphia: American College of Physician.
- Souk-Aloun P, 2001** La médecine du Bouddhisme Theravada au Laos (avec index des plantes médicinales indochinoises). Paris : L'Harmattan.
- Stol M, 1986** Blindness and night-blindness in Akkadian, Journal of Near Eastern Studies 45, 295-299.
- Thompson RC, 1923** Assyrian medical texts from the originals in the British Museum. Humphrey Milford: Oxford University Press.
- Werner D, 1993** Where There Is No Doctor - a village health care handbook. Revised English edition. London: Macmillan Education LTD.
- Wintrobe MM et al, 1975** T.R. Harrison, Principes de médecine interne. Traduction française de la 7^e édition (1974). Paris : Flammarion Médecine Sciences.