



# À la recherche de la mélancolie en Mésopotamie ancienne<sup>1</sup>

Gilles Buisson

To James Kinnier Wilson,  
discoverer of Babylonian psychiatry.

## Résumé

Cet article romancé propose une lecture psychiatrique de la partie clinique du texte assyrien BAM III-234. L'auteur postule que ce texte pourrait décrire un état mélancolique avec idées délirantes de ruine et de persécution et pose en corollaire la question de savoir si les propos des insensés de l'époque avaient une valeur ominale.

## Abstract

This "article romancé" interprets the clinical section of the Assyrian text BAM III-234 in psychiatric terms, arguing that it describes a melancholic state with delusions of ruin and persecution. From this interpretation, the question arises of whether the words of the insane were regarded as omens.

## Introduction

Imaginez que vous soyez moi ! On est peu avant Noël, il fait beau. Vous êtes tranquillement assis dans un parc, dans une petite ville bourgeoise de banlieue, avec derrière vous le Musée d'Archéologie nationale. Vous faites des mots croisés, vous préparant à vos consultations de l'après-midi. Vous avez renoncé à faire une carrière hospitalière pour faire dans les loisirs, comme par exemple faire du tourisme en assyriologie ou des mots croisés. La définition sur laquelle vous séchez est : « Passage clouté » (1. vertical, en 10 lettres), quand votre téléphone sonne. C'est un ancien camarade de Sainte-Anne<sup>2</sup> qui lui a poursuivi la carrière universitaire et est devenu professeur de psychiatrie. On l'appellera le Pr D.

« Dis-moi, le vieux me tanne pour que je fasse pour son prochain livre un chapitre sur l'histoire de la mélancolie. » Le vieux, c'est un grand professeur, auteur de nombreux ouvrages, à la retraite depuis longtemps mais toujours actif. Lui, c'est le Pr G.

« J'ai regardé la littérature, tout le monde se répète et fait remonter ça à Hippocrate. C'est agaçant, toi qui as fait du cunéiforme, tu n'aurais pas un article à me conseiller montrant que les médecins assyriens en avaient déjà parlé. Je ne trouve pas grand-chose sur internet ».

Vous lui répondez qu'effectivement, il n'y a pas grand-chose de structuré sur le sujet et vous lui promettez de lui envoyer quelques PDF<sup>3</sup> pour qu'il se fasse une idée et vous vous souhaitez mutuellement un bon Noël.

---

<sup>1</sup> Ce texte est celui d'une intervention orale effectuée le 22 avril 2016, dans le cadre du séminaire « Initiation à l'Orient Ancien, Approche Interdisciplinaire (Séminaire Intensif UBO-UMR 7192) », organisé conjointement par Lionel Marti et Grégory Chambon. Il conserve son aspect oral et fait suite de la sorte aux publications de Mark Geller ou de Pascal Attinger dans ce même journal (cf. Attinger, 2008, p. 1).

<sup>2</sup> Nom affectueux donné au Centre Hospitalier Sainte Anne (Paris), connu de longue date pour ses nombreux services psychiatriques et source de nombreuses expressions populaires comme « être bon pour Sainte-Anne » ou « avoir l'air de sortir de Sainte-Anne » (Pommereau 1995).

<sup>3</sup> Le lecteur curieux du devenir de ces PDF devra patienter un peu et se reporter à Dardennes/Al Anbar (sous presse), Introduction.

Vous croyez être tranquille.

Mais en janvier, lors d'un de vos rares passages à la bibliothèque d'assyriologie du Collège de France et lors du bonjour rituel que vous faites à cette occasion à Lionel Marti, ce qui exige tout de même de se rendre jusque dans le fameux bureau du fond, vous le voyez tout souriant vous dire, après vous avoir souhaité la bonne année : « Dis-moi, Gilles, on organise un séminaire à l'allemande<sup>4</sup>, ça te dirait d'en faire partie ? ».

Et voilà, vous êtes moins tranquille, il va falloir travailler et faire le clown !

Imaginez maintenant, que vous êtes un interne du professeur de psychiatrie (le Pr D.) et qu'il vous charge de faire le travail à sa place : « Vous aurez votre nom sur la publication » dit-il, mais de toute façon, vous êtes pieds et poings liés, vous ne pouvez pas dire non.

### **La mélancolie et les dictionnaires de langue française**

Le premier problème que vous rencontrez, c'est que le terme de mélancolie n'est plus guère utilisé dans la psychiatrie d'aujourd'hui : grosso modo dans le langage courant des psys, il est à peu près synonyme de dépression sévère voire de dépression délirante. Pour autant, ce terme n'a pas disparu du français. Vous jetez un petit coup d'œil aux dictionnaires, vous en choisissez plusieurs, non pas pour faire jouer la concurrence mais parce que « deux vérifications valent mieux qu'une<sup>5</sup> », notamment en matière de sources.

Ceux accessibles gratuitement en ligne ont votre préférence : *via* cnrtl.fr vous obtenez le Trésor de la Langue Française<sup>6</sup> et le Dictionnaire de l'Académie Française<sup>7</sup> et *via* gallica.bnf vous pouvez lire, dans le texte, le Dictionnaire de la Langue Française d'Émile Littré<sup>8</sup>.

Vous ajoutez pour faire bonne figure la version papier du Grand Robert de la Langue Française<sup>9</sup>.

**Premier constat**, il y a abondance de significations pour le mot mélancolie : les sens médicaux et les autres. Vous laissez de côté tout ce qui est littéraire, du style rêverie désenchantée mais douce et voluptueuse chère aux poètes etc., pour vous limiter au sens technique médical. Votre mélancolie sera médicale, tant pis pour l'historien, le philologue, le sociologue, le philosophe, le psychologue ou le psychanalyste, de toute façon vous ne pourrez pas échapper au « les médecins parlent aux médecins », au « iatrocentrisme<sup>10</sup> » mais c'est pour un bon motif : il faut savoir restreindre le champ d'une recherche.

**Deuxième constat**, les dictionnaires mentionnent tous, deux acceptions médicales au mot mélancolie en distinguant un sens ancien et un sens moderne (ou actuel).

**Pour la médecine ancienne**, ils sont tous d'accord pour dire que le mot mélancolie désigne essentiellement la bile noire, l'atrabile dont Littré tient tout de même à préciser qu'il s'agit d'une humeur hypothétique.

Par contre pour ce qui est de la **médecine moderne**, là, ça commence à varier et ce, aussi bien dans le style des définitions que dans leur contenu.

---

<sup>4</sup> Alias ein Blockseminar !

<sup>5</sup> Cf. aussi les expressions de même acabit : « deux précautions valent mieux qu'une », ou « deux sûretés valent mieux qu'une » (cf. pour cette dernière, la fable « Le loup, la chèvre et le chevreau » de Jean de la Fontaine ; Fables, IV, XV: 28, p. 163).

<sup>6</sup> TLF, vol. 11, 1985.

<sup>7</sup> DAF, 9<sup>e</sup> éd., t. 3, 2011.

<sup>8</sup> DLF, t. 3, 1874. Certes « le Littré » est un peu ancien mais Paul-Emile Littré étant médecin, lexicographe et traducteur des œuvres d'Hippocrate, il vous paraît l'homme ad hoc.

<sup>9</sup> GRLF, t. 4, 2001.

<sup>10</sup> Grmek (2005, p. 20-21).

Ainsi d'un côté, les définitions du Littré et de l'Académie Française comportent des allusions nosographiques, alors que les deux autres s'en abstiennent :

« Dans la médecine actuelle, nom d'une lésion des facultés intellectuelles caractérisée par un délire roulant exclusivement sur une série d'idées tristes ; c'est la variété de la monomanie qu'Esquirol a nommé lypémanie » (DLF, 1874).

« Psychose caractérisée notamment par le ralentissement de l'activité intellectuelle et psychomotrice, et par la dépréciation de soi » (DAF, 2011).

Autant le Littré est succinct dans la description clinique (« délire roulant exclusivement sur une série d'idées tristes »), autant il privilégie les explications tant pathogéniques (« lésion des facultés intellectuelles ») que nosographiques (ici, celle de son époque (= celle d'Esquirol) : c'est un médecin qui cite un autre médecin).

L'Académie avec psychose fait une référence nosographique qui n'a déjà plus cours dans les nosographies actuelles<sup>11</sup> et donne une description clinique quelque peu différente de celle du Littré.

Les deux autres définitions sont :

« État pathologique caractérisé essentiellement par une profonde tristesse, par un envisagement pessimiste de toute chose et par un appauvrissement de toutes les conduites de création et de progrès » (GRLF, 2001).

« État morbide caractérisé par un abattement physique et moral complet, une profonde tristesse, un pessimisme généralisé, accompagné d'idées délirantes d'autoaccusation et de suicide » (TLF, 1985).

Cette fois, il y a de la ressemblance dans le contenu clinique et une absence commune de référence nosographique au profit de la notion d'état, censée renvoyer à un état clinique, un ensemble de symptômes, pas à une maladie.

La définition du GRLF a un fort parfum phénoménologique, ce qui se comprend car la source de cette définition est empruntée à Jean Sutter, psychiatre notoirement connu pour ses penchants phénoménologiques<sup>12</sup>.

Celle du TLF est plus clinique, moins littéraire, c'est sans doute pourquoi ce dictionnaire éprouve le besoin de citer Emmanuel Mounier qui dans son ouvrage « Traité du caractère », paru en 1946<sup>13</sup>, rapporte ainsi les travaux de deux neuropsychiatres et phénoménologues allemands<sup>14</sup> : « (ils) ont mis en évidence l'emprise presque absolue du passé dans la mélancolie : la certitude d'une catastrophe immédiate, les idées de ruine, d'indignité, de culpabilité, l'hypocondrie, etc. ».

Singulier objet que la mélancolie dont les contours même médicaux varient avec le temps et les sources, avec pour trois d'entre elles un point commun, la tristesse<sup>15</sup>, alors que la quatrième (DAF) met en avant le ralentissement.

Vous ne pouvez pas utiliser ces définitions de la mélancolie. Vous êtes « jeune psy », votre univers, ce n'est plus la psychiatrie littéraire de langue française ou allemande, c'est une

---

<sup>11</sup> L'opposition et les termes névrose, psychose sont absents des nosographies internationales récentes.

<sup>12</sup> Cf. par exemple son ouvrage sur l'anticipation (Sutter, 1990).

<sup>13</sup> Ouvrage que vous n'avez pu vous procurer, paru à Paris aux Éditions du Seuil.

<sup>14</sup> Il s'agit d'Erwin Sraus (1891-1975) et de Viktor Emil von Gebattel (1883-1976).

<sup>15</sup> Pour être honnête, vous devriez préciser que derrière « la dépréciation de soi » du DAF se cache sans doute quelque tristesse.

psychiatrie mondialisée de langue anglaise qui se veut la plus objective possible et prône l'utilisation de critères diagnostiques les plus rigoureux possibles.

### **La mélancolie dans les manuels actuels de psychiatrie**

À ce titre, vous constatez que dans la CIM-10 (1992 et 1993)<sup>16</sup>, le mot mélancolie est banni au profit du terme « épisode dépressif sévère ». La CIM-10 est en soi un effort fait par la communauté scientifique pour communiquer d'un pays à l'autre, d'une culture à l'autre et également pour que biologistes et psychanalystes puissent s'entendre entre eux.

Et cela tombe bien car **le deuxième problème** que vous avez, et c'est le principal, c'est qu'on vous propose un voyage en Orient, doublé d'un sérieux retour dans le passé. Vous êtes jeune mais pas idiot, vous savez que vous allez devoir pénétrer dans un monde que vous ne connaissez pas : l'histoire ancienne, l'Orient, un monde peuplé entre autres d'historiens et de philologues, tous ceux que vous venez d'évincer ! Mais dont vous aurez besoin, car vous n'aurez pas de malades de l'époque à examiner, il vous faudra vous fier à des textes anciens et à leurs spécialistes : les assyriologues, des littéraires qui pourfendent les médecins quand ils font du diagnostic rétrospectif, du moins c'est ce que vous croyez.

La solution pour éviter leurs foudres : définir l'objet médical désigné par le terme mélancolie (= dépression sévère) de la façon la plus objective possible. Il vous faut quelque chose qui a pu être observé quelle que soit l'époque, quel que soit l'endroit et pour cela, comme le conseille Roland Jouvent (2000)<sup>17</sup>, dans son livre « Pragmatique de la clinique » (p. 15) : il faut savoir « renoncer au débat étimologique » et : « Pour le chercheur comme pour le clinicien, il faut réapprendre qu'observer et décrire n'est pas de droit, expliquer ».

Pour cela, ce n'est pas un diagnostic de maladie que vous cherchez mais un diagnostic d'état clinique, un diagnostic syndromique consistant en un regroupement de signes<sup>18</sup> médicaux dont la cooccurrence est régulièrement observée pour être notée et répertoriée par les personnes ayant rencontré des patients présentant cet état.

---

<sup>16</sup> Classification Internationale des Maladies, voir OMS. La version 11 est en cours de gestation.

<sup>17</sup> Psychiatre, directeur de recherche au CNRS, professeur à Paris 7.

<sup>18</sup> Vous parlez à bon escient de signes médicaux, car les signes (en comparaison des symptômes) sont toujours du côté du médecin. Ils appartiennent au savoir médical clinique nécessaire à l'établissement d'un diagnostic. Comme ils dépendent de la communauté 'scientifique' qui les utilise, ils varient bien sûr selon le type de médecine pratiquée, le lieu et l'époque. D'un côté, l'activité diagnostique du médecin consiste à rechercher les signes pertinents, lui permettant d'arriver à une explication du tableau clinique présenté par le patient. D'un autre côté, ce que le patient, en proie aux manifestations et aux phénomènes dus à la maladie, rapportera au soignant, avec ses mots à lui, ce sont les symptômes (c'est ce dont il se plaint, souvent ce qui motive l'appel au médecin). Il peut décrire des symptômes plus ou moins observables (« objectifs ») ou seulement ressentis par lui (« subjectifs »). Les symptômes sont éminemment dépendants de divers facteurs : la culture, le niveau socio-économique, le seuil de tolérance à la douleur, le degré de préoccupation pour la santé, etc. Le médecin souvent demande des précisions au patient (ainsi par exemple on pourra passer du « j'ai mal dans la poitrine » à « je ressens un serrement au milieu de ma poitrine », ce que le médecin traduira en signes, respectivement « douleur thoracique » puis « douleur rétrosternale constrictive »), il recherchera aussi d'autres manifestations cliniques parfois non mentionnées par le patient, voire écartera comme non pertinentes certaines de celles rapportées par le patient. Grossièrement parlant, les phénomènes liés aux processus morbides sont des symptômes dans la bouche du patient et des signes dans l'esprit du médecin. De plus en plus, et ce sera aussi le cas dans cet article, le mot symptôme tend à recouvrir ces deux sens, singulièrement en psychiatrie, approche qui fait grand usage des propos du patient. La distinction entre symptômes et signes a son utilité en fonction des textes que vous aurez à étudier (par exemple lettres d'un patient versus traité de médecine) et en fonction aussi de la distance existant à une époque donnée entre la culture du patient et celle supposée spécialisée du médecin.

Cette distinction entre niveau descriptif et niveau explicatif<sup>19</sup> requiert votre attention. Vous devez privilégier le seul niveau descriptif.

Ainsi, afin de plaquer sans trop d'errements, sur des textes anciens et orientaux, une conception que vous souhaitez la moins moderne et la moins occidentale possible, il vous faut disposer d'une description objective de l'état dépressif, une description en quelque sorte éternelle et ubiquitaire<sup>20</sup>.

C'est pourquoi, vous faites confiance à l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS<sup>21</sup>) et vous établissez la liste suivante de critères (= signes) nécessaires au diagnostic d'état dépressif sévère<sup>22</sup> :

### **Critères diagnostiques d'un état dépressif d'après la CIM-10**

I. Présence d'au moins deux des trois symptômes suivants :

- (1) humeur dépressive
- (2) diminution de l'intérêt ou du plaisir pour des activités habituellement agréables
- (3) réduction de l'énergie ou augmentation de la fatigabilité

II. Présence d'au moins un des symptômes suivants :

- (1) perte de la confiance en soi ou de l'estime de soi
- (2) sentiments injustifiés de culpabilité ou culpabilité excessive ou inappropriée
- (3) pensées de mort ou idées suicidaires récurrentes, ou comportement suicidaire
- (4) diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer
- (5) agitation ou ralentissement psychomoteur
- (6) perturbation du sommeil de n'importe quel type
- (7) diminution ou augmentation de l'appétit

III. Un total d'au moins quatre symptômes doit être atteint.

---

<sup>19</sup> En parallèle à l'explication diagnostique fournie par le médecin, le patient élabore également sa propre explication sur la nature ou la cause de son problème, il a un point de vue sur ce qui lui arrive.

<sup>20</sup> Un tel postulat repose nécessairement sur l'hypothèse, que pour l'être humain le hic et nunc vaut pour un alibi et quondam ! Cela a entre autres conséquences que :

- les manifestations traduisant un dysfonctionnement ou une atteinte lésionnelle d'une partie du corps (quelle qu'elle soit) sont du même ordre pour tous les êtres humains. En clair, le patient qui souffre d'insuffisance cardiaque chronique aura du mal à respirer et aura des œdèmes des membres inférieurs, le patient qui souffre d'une atteinte cérébrale pourra par exemple avoir des hallucinations : c'est de l'observable « universel ». Bien sûr, si par hasard vous trouviez dans un texte médical un descriptif du type : « il a le souffle court, ses jambes sont grosses » ou « il voit des choses qui n'existent pas », cela ne veut pas dire que vous pourriez pour autant affirmer le diagnostic explicatif « d'insuffisance cardiaque » ou « d'atteinte cérébrale », sauf si les médecins l'affirment expressément dans leur texte.

- la puissance de réflexion des médecins d'autrefois est la même que celle d'aujourd'hui. Ainsi, observer, nommer, comparer, trier, classer, ordonner, etc., puis tenter de comprendre et d'expliquer ce qui a été observé et décrit en faisant souvent appel à l'imagination est une tendance humaine lourde ! D'ailleurs, vous venez de le faire en observant, classant et commentant les définitions des dictionnaires à propos de la mélancolie.

<sup>21</sup> World Health Organization (WHO).

<sup>22</sup> En fait, l'OMS parle d'épisode dépressif car ses critères sont ceux permettant un diagnostic de maladie, c'est une nosographie. Dans la mesure où vous vous intéressez à un syndrome clinique et non à un épisode venant émailler ou inaugurer une maladie dépressive ou bipolaire, vous allez proposer une liste allégée, édulcorée, pour les besoins de votre recherche.

## Critères diagnostiques d'un état dépressif sévère selon la CIM-10

Soit (A), (B), et (C) :

- A. Présence des trois symptômes du critère I
- B. Présence de plusieurs symptômes du critère II
- C. Un total d'au moins huit symptômes doit être atteint.

Soit (A), (B), (C) et (D) :

D. Soit (1) soit (2)

- (1) présence d'idées délirantes ou d'hallucinations « non typiquement schizophréniques »
- (2) stupeur dépressive.

Mais cette liste en deux tableaux, vous paraît un peu moderne et compliquée avec ses comptes d'apothicaire, si bien que, quand vous rencontrez dans le couloir le Pr D., vous lui demandez s'il connaît un manuel proposant une définition simple et robuste de l'état dépressif, quelque chose d'exportable dans le temps et l'espace, il vous répond : « C'est pour le truc que je vous ai demandé ? ». Vous acquiescez. Il réfléchit un instant et vous répond : « Le mieux, je crois, c'est dans les œuvres de jeunesse du Pr G., dans ses *Éléments de Psychiatrie* des années 1970 ». « Et en plus », ajoute-t-il, « citer ses maîtres, c'est pas de la flagornerie, c'est de la bonne éducation ».

Vous allez donc voir ce qu'a écrit le Pr G. dans ses *Éléments de Psychiatrie* qui ont connu deux éditions en 1976 et 1979.

« Un état dépressif est un syndrome clinique constitué de deux symptômes fondamentaux : l'humeur dépressive – qui implique une vision pessimiste du monde et de soi-même –, et l'inhibition de 'l'élan vital', c'est-à-dire une diminution globale des forces pulsionnelles, des processus intellectuels et de l'activité motrice. Par ailleurs, l'anxiété, les troubles du caractère et les perturbations somatiques sont des symptômes associés qui, dans certains cas, peuvent être les manifestations les plus apparentes de la dépression. Cette définition rend compte de la variété des tableaux cliniques des états dépressifs, selon que prédomine tel ou tel symptôme » (Guelfi 1979, p. 109).

Vous êtes frappés dans cette définition de jeunesse par la tonalité psychologisante et phénoménologique des propos de l'auteur mais elle vous apparaît être un bon cadre général.

Vous retombez sur la notion d'état et de syndrome clinique. Mais deux choses vous ennuiant : les mentions « anxiété » et « troubles du caractère ». La mention de l'anxiété est en apparence absente de la CIM-10. Sans doute n'est-elle pas utile au diagnostic<sup>23</sup>, mais l'anxiété doit pouvoir « se voir » dans les états dépressifs puisque le DSM-5, l'autre grand système nosographique<sup>24</sup>, établi par les Américains, précise que l'on doit spécifier si l'état dépressif que l'on diagnostique comporte ou non des caractéristiques de détresse anxieuse.

La mention de troubles du caractère est plus étrange (en comparaison avec la CIM-10), mais en fait quand vous allez voir Guelfi (1979, p. 111), elle signale simplement la possibilité de voir apparaître chez le patient déprimé des manifestations inhabituelles d'irritabilité ou d'hostilité, notamment envers les proches.

---

<sup>23</sup> Surtout dans un système nosographique séparant clairement les troubles affectifs des troubles anxieux. En fait, l'anxiété se cache probablement dans les formes de dépression avec agitation psychomotrice.

<sup>24</sup> Que vous avez écarté, quoique plus récent, car il n'a pas bonne presse auprès des « littéraires » de votre discipline (les psychanalystes).

Et donc vous établissez une petite liste des symptômes les plus fréquents, signalés dans les descriptions données par cet auteur à la suite de sa définition (*op. cit.*, p. 110-112) et en les présentant de façon résumée, cela donne :

### **État dépressif**

Deux symptômes de base : l'humeur dépressive<sup>25</sup> et le ralentissement psychomoteur

Des symptômes associés : l'anxiété, l'irritabilité, l'insomnie et l'amaigrissement

### **État dépressif sévère**

Abondance des symptômes précédents et/ou intensité de ces symptômes :

tristesse délirante : idées délirantes de culpabilité, de ruine, etc.

ralentissement majeur pouvant aller jusqu'à la stupeur

anxiété majeure pouvant aller jusqu'à l'agitation

irritabilité pouvant aller jusqu'à l'agressivité.

C'est sommaire, mais au moins, c'est simple ! Enfin simple, oui, mais il vous faut rester prudent car vous ne pourrez pas dialoguer avec le patient ou ses proches et si un texte vous signale « le patient mange peu » vous ne saurez pas ce que ça cache : il n'a pas faim, la nourriture le dégoûte, il pense ne pas avoir de quoi la payer, il pense qu'elle est empoisonnée, il veut perdre du poids, il fait un jeûne purificateur, il n'a pas la force ou la capacité de se nourrir, il a peur d'avaler de travers, il a des troubles de la déglutition, etc. Et à l'inverse, il ne faut pas perdre de vue qu'« humeur dépressive » ou « ralentissement psychomoteur » ne sont que des labels : leurs manifestations cliniques sont légion !

Peu importe, vous faites crédit aux hommes et femmes de Mésopotamie ancienne d'être capables d'être tristes, anxieux, amaigris, insomniaques, ralentis et même de délirer, etc., si bien qu'aller retrouver ces symptômes dans un texte ancien, ne vous paraît pas la mer à boire.

De plus, vous écarterez d'un revers de main, les éventuels reproches que l'on pourrait vous faire quant au bien-fondé d'établir des diagnostics cliniques sur des textes, c'est-à-dire en l'absence du patient. Certes, d'un point de vue légal, vous seriez condamné par l'Ordre des Médecins mais pour vous, cette approche est monnaie courante. Évoquer des diagnostics, faire des discussions sémiologiques sur des textes écrits n'est pas un problème : c'est le cas des vignettes cliniques présentes dans certains de vos manuels ; le dossier médical des patients comporte des descriptions portant sur leurs propos ou comportements, « couchées » sur le papier pour « asseoir » le diagnostic ; de tout temps, les œuvres littéraires ont pu servir à des discussions diagnostiques tel le roman Louis Lambert<sup>26</sup> de Balzac ; autrefois, le concours de l'internat des Hôpitaux Psychiatriques de l'Île-de-France se passait sur des observations écrites ; la bibliothèque du service dans lequel vous travaillez comporte même un livre contenant nombre d'observations cliniques écrites (Samuel-Lajeunesse/Guelfi 1985), dont une concerne une patiente, étiquetée « accès mélancolique », conformément aux préceptes diagnostiques de l'époque<sup>27</sup>.

---

<sup>25</sup> Pessimisme, douleur morale, etc... En fait l'auteur ne parle pas de tristesse mais de douleur morale.

<sup>26</sup> Voir par exemple Dieguez 2013.

<sup>27</sup> À l'époque de 1<sup>re</sup> édition (1975) comme de la 2<sup>de</sup> (1985) de ce livre, seule était disponible la Neuvième Révision de la Classification Internationale des Maladies (CIM-9) publiée par l'O.M.S. en 1975, d'où le diagnostic proposé : « accès mélancolique », (cf. Samuel-Lajeunesse/Guelfi 1985, p. 333 et 349). C'est l'observation n°9, (*ibid.*, p. 75-

Vous êtes prêt pour le grand voyage et vous formulez l'hypothèse suivante :

« Il existe au moins un texte médical (les critères étant à définir<sup>28</sup>), écrit avant le V<sup>e</sup> siècle avant notre ère (c'est-à-dire avant Hippocrate !), provenant de Mésopotamie (heureusement, le Pr D. ne vous a pas demandé de voyager en Égypte ou en Chine ancienne), dans lequel des signes cliniques sont mentionnés vous permettant explicitement d'y retrouver la description d'un état dépressif sévère (tel que vous l'avez défini) pour lequel un traitement est proposé (on est dans la médecine) ».

Il vous faut maintenant aller chercher votre informateur, votre « fixeur » assyriologique celui qui vous procurera le ou les textes permettant de confirmer ou d'invalider votre hypothèse.

Mais vous avez des doutes, en fait, vous ne vous sentez pas assez armé pour affronter les assyriologues et sans remettre en cause les paroles de l'honorable Pr D., vous vous dites que vérifier ses dires est une nécessité pour partir sur des bases saines : « La confiance c'est bien, la méfiance c'est mieux » dit un proverbe italien<sup>29</sup>.

### **Petite histoire de la mélancolie médicale**

En conséquence, un petit survol historique de la mélancolie médicale ne devrait pas être inutile, il devrait vous permettre de vérifier si tout remonte bien à Hippocrate et de tester vos critères d'état dépressif sévère à l'aune des descriptions d'autrefois.

Pour ce faire, vous vous êtes procuré l'outil suivant : « Nouvelle histoire de la psychiatrie » (2004) de Jacques Postel (un psychiatre) et Claude Quézel (un historien).

Dans cet ouvrage, deux chapitres vous intéressent particulièrement, celui rédigé par Danielle Gourévitch (professeur d'histoire de la médecine) avec ses deux pages sur la mélancolie : « La psychiatrie de l'Antiquité gréco-romaine » et celui de Jackie Pigeaud (professeur de philologie et de littérature latines) : « L'Antiquité et les débuts de la psychiatrie française », auteur qui signera également des notices (2004b, 2004c) et d'autres ouvrages sur le sujet comme : « De la mélancolie » (2005) ou « Melancholia » (2008).

Ils vous orientent vers divers auteurs, vous en retenir cinq, tous médecins bien sûr<sup>30</sup>, qui vous apparaissent comme autant de balises, de jalons et dont vous allez reprendre les textes mais en privilégiant leur regard clinique sur la mélancolie : ce que vous recherchez, ce sont des descriptions d'états cliniques et vous caviardez le plus possible les explications étiologiques ou pathogéniques dont ces auteurs sont pourtant si friands.

Trois auteurs vont illustrer le classicisme : Hippocrate (né en - 460 avant notre ère), Arétée de Cappadoce (I<sup>er</sup> ou II<sup>e</sup> siècle de notre ère) et André Du Laurens (1558-1609). Deux auteurs vont vous servir d'exemples comme préludes aux classifications actuelles : Jean Etienne Dominique Esquirol (1772-1840) et Jules Séglas (1856-1939)<sup>31</sup>.

---

81) qui se conclut par : « Le tableau clinique de cette malade est celui d'un épisode dépressif endogène typique avec en particulier : ralentissement psychomoteur, douleur morale, idées délirantes de culpabilité, de ruine et d'incurabilité, insomnie presque totale et troubles de l'appétit ».

<sup>28</sup> L'idéal serait un texte ayant le format « signes-diagnostic-traitement » de vos questions d'internat.

<sup>29</sup> « Fidarse è bene, non fidarsi è meglio », [www.italien-facile.com/proverbe-italien.php](http://www.italien-facile.com/proverbe-italien.php).

<sup>30</sup> Ou supposés l'être, encore que longtemps les médecins ont été des littéraires devant faire leurs humanités et qu'il ne faille pas négliger les encyclopédistes et compilateurs de tous poils.

<sup>31</sup> Avec ces deux auteurs et André du Laurens, vous avez privilégié par facilité (et chauvinisme ?) les auteurs français mais des auteurs de langue allemande ou anglaise auraient pu convenir (voir Jackson, 1986).

## 1 Hippocrate (V<sup>e</sup>-IV<sup>e</sup> siècle avant notre ère)

Jacques Jouanna (1992, p. 22 et 58) relate qu'Hippocrate est né à Cos en - 460 avant notre ère et serait mort à Larissa entre -375 et -351 selon les biographes. Au sein du vaste Corpus Hippocratique, quand il est question de mélancolie, une courte phrase fait figure de vedette auprès de vos historiens de la médecine, c'est l'aphorisme VI 23<sup>32</sup> du traité « Aphorismes » dont Jouanna (*op. cit.*, p. 531) vous dit : « Même si le traité conserve des éléments anciens, sa rédaction n'est pas antérieure au IV<sup>e</sup> siècle<sup>33</sup> ».

Cet aphorisme connaît deux traductions « officielles<sup>34</sup> » : celle de Littré (1844, p. 569) « Quand la crainte ou la tristesse persistent longtemps, c'est un état mélancolique » et celle de Jones (1931, p. 185) « Fear or depression that is prolonged means melancholia ».

À ces deux traductions, vous ajoutez celles de Gourévitch (2004, p. 13) : « Si crainte et tristesse durent longtemps, c'est un état mélancolique » et de Pigeaud (2005, p. 139) : « Si retrait (*phobos*) et abattement (*dysthymie*) durent longtemps, un tel état est en relation avec la bile noire (*mélancolique*) ».

Ces deux dernières traductions posent le problème de savoir s'il s'agit dans l'aphorisme hippocratique de 'crainte **ou** tristesse' ou bien de 'crainte **et** tristesse', dans le premier cas on ne pourrait avoir à faire qu'à des passions tristes alors que dans le deuxième cas on serait plus dans un début de tableau clinique<sup>35</sup>. Sans doute pour insister sur le fait que cet aphorisme n'est pas aussi limpide qu'il y paraît, Jackie Pigeaud s'est arrêté après plusieurs propositions<sup>36</sup> sur une traduction moins traditionnelle<sup>37</sup>, dont un des mérites est d'éviter de rendre *μελαγχολικός* par mélancolique ce qui n'est qu'un décalque et non une vraie traduction.

Toujours est-il que, par rapport aux dictionnaires de langue et à la CIM-10, vous vous apercevez que la crainte hippocratique semble avoir été perdue en route et que cet aphorisme est bien peu de chose, alliant d'un côté des rudiments possiblement cliniques et de l'autre un début d'explication physiopathologique. Mais cet aphorisme aura du succès et sera constamment repris dans les siècles à venir.

---

<sup>32</sup> Aphorisme n° 23, 6<sup>e</sup> section du traité Aphorismes.

<sup>33</sup> Voir aussi Demont (2009, p. 144) : « Le mot 'mélancolie' ... ou les mots apparentés font, pour nous, leur entrée dans la langue grecque chez le poète comique Aristophane, en 414 avant notre ère, avec un sens traditionnel proche de 'folie', et l'on peut situer vers la même époque les traités hippocratiques où la notion de 'maladie mélancolique' est constituée ».

<sup>34</sup> Ce sont celles signalées par Jouanna (1992, p. 531).

<sup>35</sup> Cette différence de traduction vous préoccupe. Vos quelques connaissances de grec se limitent à la présence dans votre bibliothèque de deux ouvrages, souvenirs de vos cours de quatrième, le Scodel et le Bailly et pour vous il est clair que, dans le texte grec proposé par Littré, le *ἢ* figurant dans « φόβος ἢ δυσθυμία », se traduit par : « **ou** ». C'est seulement dans un deuxième temps, en apercevant une laconique petite note de bas de page, perdue parmi bien d'autres (la note 12) : « καὶ pro ἢ LSY, et alii, Dietz. » que vous comprenez que certains manuscrits ont **καὶ** (c'est-à-dire « **et** ») à la place de *ἢ*. Le problème est donc ancien, il vous ouvre ce jardin des délices que constitue l'édition philologique des textes anciens. N'ayant pas à votre disposition les « *ipsissima verba* » d'Hippocrate, il vous faut rallier un camp, vous choisissez les partisans du : « **et** », à l'instar d'Étienne d'Athènes, auteur (possiblement médecin et philosophe) du VII<sup>e</sup> siècle qui, reprenant l'aphorisme VI 23 pour le commenter, le rapporte ainsi : « Ἦν φόβος **καὶ** δυσθυμία πούλων χρόνον ἔχουσα διατελέη, μελαγχολικὸν τὸ τοιοῦτον », ce qui donne dans la traduction de Leendert Gerrit Westerink (1985, p. 225) : « if there are terrors and a protracted depression, this points to an atrabilious condition ».

<sup>36</sup> Égrenées au fil de ses diverses contributions sur le sujet.

<sup>37</sup> Cette traduction évite les passions humaines et met en avant leur traduction comportementale, comme par exemple : l'évitement du phobique et la stupeur du dépressif.

## 2 Arétée de Cappadoce (II<sup>e</sup> siècle)

Vivian Nutton (2005, p. 205) explique qu'Arétée de Cappadoce aurait vécu au I<sup>er</sup> siècle de notre ère pour certains auteurs<sup>38</sup> ou au II<sup>e</sup> siècle pour d'autres.

Quoiqu'il en soit, Arétée reste connu principalement comme auteur du traité : « Des causes et des signes des maladies aiguës et chroniques ». Dans ce traité, un chapitre est consacré à la mélancolie, dont il existe à votre disposition deux traductions en français, celle ancienne de Laennec<sup>39</sup> et celle plus récente de Pigeaud (2005, p. 139-146)<sup>40</sup>. C'est cette dernière que vous reprenez, tout en jetant un coup d'œil à celle de Laennec. Après quelques éléments de définition, vous notez les éléments cliniques.

### Les définitions

Deux propositions vous semblent servir de définition à la mélancolie pour Arétée : « ἔστι δὲ ἀθυμία ἐπὶ μὴ φαντασίῃ, ἀνευθε πυρετοῦ , c'est un abattement (ἀθυμία) lié à une seule apparition (φαντασία), sans fièvre<sup>41</sup> » et « τοῖσι δὲ μελαγχολῶσι ἐξ λύπην καὶ ἀθυμίην μοῦνον, chez les mélancoliques, elle (= la pensée, ἡ γνώμη) ne se tourne que vers le chagrin et l'abattement<sup>42</sup> ».

Ces deux mentions mettent l'accent sur la tristesse et l'abattement et préfigurent la notion de délire triste et sans fièvre qui fera école.

### La clinique

« Les caractères de la mélancolie sont certains : les malades sont inactifs, tristes (στυγνοί), mornes, prostrés sans raison, sans cause manifeste. De plus, ils deviennent coléreux, découragés (*dysthymiques*), insomniaques<sup>43</sup> ; ils sont brutalement dérangés dans leur sommeil<sup>44</sup>. Une peur étrange les saisit, si la maladie gagne son sommet, quand les songes sont vrais (ἀληθέες), terribles et évidents (ἐναργέες)<sup>45</sup>. Car tout le mal dont ils se détournent [lacune] les assaille et ils le voient en songe. ... repliés sur eux-mêmes, vésilleux, avares ... Si le mal empire, haine, fuite des autres (μυγανθρωπίη), lamentation sans objet. Ils accusent la vie et désirent la mort. Chez beaucoup, l'état de la pensée (γνώμη) en arrive à l'absence de toute sensation et à la

---

<sup>38</sup> Cf. Mirko Grmek (Arétée, Des causes et signes, 2000, p. 3 et quatrième de couverture).

<sup>39</sup> René, Théophile, Hyacinthe Laennec (1781-1826) est un médecin passé à la postérité pour avoir été à l'origine de l'utilisation du stéthoscope pour l'auscultation médiate du cœur. Sa traduction du texte d'Arétée, figure dans un manuscrit non publié datant possiblement du tout début du 19<sup>e</sup> siècle qui sera édité et commenté par Grmek (2000).

<sup>40</sup> Pigeaud se réfère pour le texte grec à l'édition de Hude dans le Corpus Medicorum Graecorum dont Laennec ne disposait pas.

<sup>41</sup> Laennec (*ibid.*, p.73) : « Ils sont sous le poids d'une idée fixe et n'ont point de fièvre ».

<sup>42</sup> D'après Grmek (*ibid.*, n. 38), il semble que le terme original était θυμηδίην et qu'il a été corrigé à partir de la Renaissance. Laennec, après avoir dans un premier temps accepté cette correction en traduisant par découragement, est revenu au terme premier qui signifie hilarité. Il faut dire que pour Arétée le tableau clinique de l'état mélancolique intègre la possibilité de virages de l'humeur en sens inverse, c'est-à-dire vers la joie et l'excitation. C'est pourquoi, il est souvent cité comme un découvreur de la bipolarité. Mais dans votre travail, ces virages n'appartiennent pas au syndrome dépressif mais relèvent d'un syndrome maniaque, vous les censurez !

<sup>43</sup> *Ibid.*, p. 74 : « Les caractères certains et non équivoques de la mélancolie sont les suivans : dans les premiers tems les malades sont calmes, tristes, abattus, plongés dans une torpeur stupide et qui n'a point de motifs. Puis ils deviennent colériques, irascibles (δύσθυμοι) et ne dorment point. Pour Grmek (*ibid.*, n. 43), il faut traduire par : « symptômes sûrs ».

<sup>44</sup> *Ibid.* : « ou (ils) n'ont qu'un sommeil pénible et entrecoupé ».

<sup>45</sup> *Ibid.*, p. 75 : « Lorsque la maladie prend de l'accroissement, une frayeur extraordinaire s'empare d'eux, ils sont manifestement en proie à des visions nocturnes vraies et terribles » avec Grmek qui note : « Plutôt : 'ils ont des rêves qui disent vrai, terribles et nets' ».

torpeur (μώρωσις), jusqu'à vivre, ignorant de tout et oublieux d'eux-mêmes, une vie toute animale. L'état du corps lui-même se dégrade. ... »

Vous retrouvez les passions tristes, la peur, le ralentissement, les troubles du sommeil, .... et vous prenez conscience de la difficulté à traduire unanimement ces textes anciens<sup>46</sup>.

### **3 Du Laurens (1558-1609)**

Né en 1558 à Tarascon, mort en 1609, il a été professeur de médecine à Montpellier et médecin personnel d'Henri IV.

Du premier recueil de ses discours qu'il publie en 1594, c'est bien sûr le « Second discours auquel est traité des maladies melancholiques, & du moyen de les guarir » qui vous intéresse et qui constitue le premier exposé en français sur le sujet<sup>47</sup>.

#### **La définition**

« La melancholie doncques est une resverie<sup>48</sup> sans fièvre avec peur & tristesse. Nous appellons resverie lors qu'une des puissances nobles de l'âme, comme l'imagination, ou la raison, sont depravées. Tous les melancholiques ont l'imagination troublée, pource qu'ils se forgent mille fantasques chimeres, & des objects qui ne sont pas, ils ont aussi bien souvent la raison depravée » (*op. cit.*, p. 25).

C'est une définition clinique (avec cette fois peur **et** tristesse) avec une explication nosographique<sup>49</sup> et pathogénique<sup>50</sup>.

#### **La clinique**

La sémiologie est résumée ainsi : « Voici tous les tyrans & bourreaux du melancholique ; la peur l'accompagne tousjours; la tristesse ne l'abandonne jamais, le soupçon le talonne de pres, les soupirs, les veilles, les songes effroyables, le silence, la solitude, la honte, & l'horreur du Soleil, sont comme accidens<sup>51</sup> inseparables de ceste miserable passion ».

Elle est ensuite détaillée par Du Laurens comme suit (*op. cit.*, extraits des p. 29-37<sup>52</sup>) :

« Ils ont tousjours peur, craignent tout, mesme ce qui est le plus assuré, ..., apprehendent la mort, & toutesfois (ce qui est estrange) la desirent souvent, jusques à se precipiter eux mesmes ; mais c'est lors que la crainte se tourne en desespoir, ... »

« la tristesse, ils pleurent & ne savent de quoy : ... le melancholique est toujours soupçonneux, s'il voit deux ou trois qui parlent ensemble, il pense que c'est de luy. ... il croit qu'on luy dresse des embuscades, & qu'on le veut tuer. »

« Que si par-fois il arrive qu'ils soient surpris de quelque sommeil, c'est un dormir fascheux, accompagné de mille phantosmes hideux & de songes si effroyables, que les veilles leur sont plus agreables. »

---

<sup>46</sup> Pour un même auteur, par exemple, abattement peut rendre le « grec » 'dysthymie' comme 'athymie'.

<sup>47</sup> Vous avez écarté Timothy Bright (1586) qui fait la même chose en langue anglaise mais qui vous semble être plus intéressé par la mélancolie-substance (l'humeur grecque), les supposés pathogéniques et philosophiques que par la clinique.

<sup>48</sup> À cette époque, rêverie = délire.

<sup>49</sup> C'est la classique classification des délires, formulée ainsi par Du Laurens : « Il y a deux sortes de resverie, l'une est avec fièvre, l'autre sans fièvre [...]. L'espece de resverie ... sans fièvre ... est ou avec rage & furie, on la nomme manie, ou avec peur & tristesse, & s'appelle melancholie » (*op. cit.*, p. 24).

<sup>50</sup> En clair, ils ont une imagination qu'ils n'arrivent pas à raisonner, on retrouve Littré et sa lésion de l'intellect (cf. DLF 1874).

<sup>51</sup> accidens = symptômes ; « du grec sumptōma, événement fortuit, coïncidence » (cf. cnrtl.fr/lexicographie).

<sup>52</sup> Les coupures concernent principalement les explications données par l'auteur pour justifier les symptômes.

« Ils ont les yeux fixes & comme immobiles ... , ils ont un sifflement d'oreilles, endurent par fois le vertige : ... , & bien souvent ne peuvent parler, non pas par le vice de la langue, mais plustot par je ne sçay quelle opiniastreté... ».

Voilà pour Du Laurens, pour ce qu'il appelle la mélancolie proprement dite ou cérébrale, dans le respect d'Hippocrate et des anciens mais sans mentionner le ralentissement. En réalité pour lui : « Il y a trois différences<sup>53</sup> de melancholie », la mélancolie proprement dite, la mélancolie d'amour et la mélancolie hypochondriaque (*op. cit.*, p. 26-27).

Vous avez jugé bon de le citer longuement comme Arétée pour montrer que la clinique actuelle est déjà en place à haute époque, ce qui vous permettra d'être moins disert pour les suivants, Esquirol et Séglas.

#### **4 Esquirol (1772-1840)**

Jean Etienne Dominique Esquirol (né à Toulouse en 1772, mort à Paris en 1840), après avoir fait des études médicales à Toulouse, avoir été officier de santé à Narbonne puis à Montpellier, monte à Paris en 1799 (il a 27 ans), pour y terminer ses études par une thèse de « psychiatrie<sup>54</sup> », soutenue et parue en 1805, à la fin de laquelle il propose sa propre traduction de l'aphorisme d'Hippocrate<sup>55</sup>, se classant de la sorte dans les adeptes du crainte et tristesse.

En 1819, il signe l'article « Mélancolie » du Dictionnaire des Sciences Médicales, édité par Panckoucke.

Cet article commence bien sûr par la sempiternelle référence à Hippocrate et aux anciens qui depuis Hippocrate nomment par mélancolie un « délire partiel sans fièvre, avec crainte et tristesse prolongée », mais Esquirol veut secouer le joug hippocratique, il veut en finir avec la bile noire ; il précise quelques lignes après : « Il est certain que le mot mélancolie même, dans l'acception des anciens, offre souvent à l'esprit une idée fausse, car la mélancolie ne dépend pas toujours des qualités de la bile » et se situe en moderne : « Cette dénomination ne saurait convenir à la mélancolie, telle que la définissent les modernes » (Esquirol 1819, p. 147-148).

Le mot mélancolie le gêne : « Le mot mélancolie, consacré dans le langage vulgaire, pour exprimer l'état habituel de tristesse de quelques individus, doit être laissé aux moralistes et aux poètes, qui, dans leurs expressions, ne sont pas obligés à autant de sévérité que les médecins » (*op. cit.*, p. 148). Une fois de plus, quand il est question de mélancolie on retombe sur le sempiternel débat médecins versus hommes de lettres, à preuve, la réponse à Esquirol faite par Jackie Pigeaud (2008) : « Je le dis, et je le répéterai inlassablement, il faut se méfier d'une psychiatrie qui supprime la mélancolie en tant que concept, en tant que nom de maladie, pour la distribuer en symptômes placés sous d'autres étiquettes. C'est la pratique du DSM (*Diagnostic Statistical Manual*, pour ne pas le nommer), en ses diverses éditions. Ceux qui s'y fient, je les redoute. Ils repoussent la culture comme inutile à leurs réflexions. Oui, les Muses ont des raisons de porter le deuil, pour parler comme Burton ; mais les patients aussi ».

Vous admirez le lyrisme et au passage, fidèle à votre « les médecins parlent aux médecins », vous constatez que vous avez zappé Burton<sup>56</sup> !

---

<sup>53</sup> Cf. la remarque de Jouvent (2000, p. 27) : « La tradition médicale n'a longtemps eu d'autres choix que de catégoriser les phénomènes, à la manière d'Aristote ».

<sup>54</sup> Voir ci-dessous note 102.

<sup>55</sup> « *Metus et tristitia, si diu perseverent, melancholicum id ipsum* ». *Metus* = crainte, inquiétude, anxiété.

<sup>56</sup> Robert Burton, auteur d'un traité intitulé « Anatomie de la mélancolie » (1621) s'avère plus encyclopédiste et philosophe que médecin, même si sa compilation des symptômes cliniques de la mélancolie est intéressante.

Le mot mélancolie gêne tellement Esquirol qu'il en propose un nouveau, la lypémanie : « Si je ne craignais d'être accusé de néologisme, je voudrais donner ... le nom de *lypémanie*, formé de *λυπέω*, *tristitiam infero*, *anxium reddo*<sup>57</sup> et de *μανία*, manie » (*op. cit.*, p. 150). Il ne sera pas suivi : le terme ne fera pas école<sup>58</sup>.

Pour en finir avec Esquirol, une dernière citation : « Il y a très certainement une mélancolie *sans délire* : ceux qui sont tourmentés de cette maladie s'aperçoivent bien qu'ils déraisonnent ; ils en conviennent souvent avec chagrin et même avec désespoir ; ils sont sans cesse ramenés par la passion qui les domine aux mêmes idées, aux mêmes craintes, aux mêmes inquiétudes, et il leur est impossible de faire autrement ; ... » (*op. cit.*, p. 157), citation qui montre qu'il esquisse la possibilité d'une mélancolie sans délire et qu'en clinique, anxiété et tristesse semblent bien coexister.

En fait, Esquirol est un bon témoin du passage de l'ère hippocratique à l'ère actuelle.

### **5 Jules Séglas (1856-1939)**

Mêmes années de naissance et de mort (1856-1939) qu'un autre barbu illustre : Sigmund Freud. Mais Jules, reconnu comme l'un des plus grands cliniciens de la psychiatrie française<sup>59</sup>, notamment grâce à ses leçons cliniques (Séglas 1895) est moins connu que Sigmund.

Bonne nouvelle, dans ses leçons cliniques, aucune mention d'Hippocrate, qui appartient désormais à l'Histoire<sup>60</sup>.

Vous retenez quelques points :

1 Alors qu'Esquirol ne faisait qu'évoquer la possibilité d'une mélancolie sans délire ce qui était un premier pas pour sortir la mélancolie du cadre nosographique strict des états délirants sans fièvre, Séglas poursuit et développe ce point en consacrant tout un chapitre de ses leçons cliniques à ce sujet et sa petite phrase (*op. cit.*, p. 282) disant que la mélancolie sans délire est « plus fréquente dans la clientèle de ville que dans la pratique hospitalière » n'est pas sans importance. Elle ouvre la voie à la notion moderne d'état dépressif et au fait que, plus il y a de médecins à s'occuper exclusivement de souffrances psychiques, plus les cas légers consultent et sont observés.

2 La question du rapport anxiété-tristesse dans la mélancolie se résout selon lui par la mise en avant du terme « douleur morale » : « Au fond, dépression et anxiété ne sont que deux modalités d'un seul et même symptôme, la douleur morale ... » (*op. cit.*, p. 305) mais ce terme avec le

---

<sup>57</sup> Une sorte de folie (= manie) triste (=λυπέω). Dans votre recherche sur le rapport anxiété/tristesse dans les états mélancoliques, vous vous interrogez sur le sens de cet insert latin car si *λυπέω* semble clairement du côté de la tristesse (cf. Bailly, *λυπέω* = chagriner, affliger et *λύπη* = peine, chagrin, tristesse, affliction, même terme qu'Arétée, cf. *supra*), un sens comme : « Je mets l'accent sur la tristesse/le chagrin, je rejette/mets de côté/en retrait l'anxiété/l'inquiétude » conviendrait mieux que la traduction : « je porte vers la tristesse, je rends anxieux/inquiet » proposée par le psychanalyste Michel Giromini dans un document internet non daté (n. 2, p. 4), dans la mesure où la première traduction permettrait de ranger Esquirol dans les auteurs privilégiant la tristesse à l'anxiété.

<sup>58</sup> Sauf pour son élève Louis-Florentin Calmeil (cf. Calmeil, 1870) et bien sûr pour Littré (DLF 1874).

<sup>59</sup> Haugsten/Bourgeois (2002).

<sup>60</sup> La parution à Paris en 1835 de l'ouvrage de Pierre-Charles-Alexandre Louis, intitulé « Recherches sur les effets de la saignée dans quelques maladies inflammatoires » et aussitôt traduit en anglais en 1836 dans « The American Journal of the Medical Sciences », montrant l'inefficacité de la saignée, traitement phare de l'époque, dans ces maladies comme les pneumonies, est souvent considérée par les historiens de la médecine comme étant à l'origine de l'effondrement de la vente des sangsues et du modèle humoral grec ainsi qu'un premier pas vers cette nouvelle tendance de la médecine moderne : la médecine basée sur les faits attestés (« the evidence based medicine »), cf. Anne Fagot-Largeault (2003).

temps tombera de plus en plus dans l'escarcelle de l'humeur triste ou dépressive et reléguera l'anxiété au rang de symptôme associé (cf. Guelfi, 1979).

3 Séglas dresse également la liste des idées délirantes rencontrées dans les états mélancoliques : « idées de ruine, d'humilité, d'incapacité, d'auto-accusation, de culpabilité envers la société, envers Dieu ; idées de damnation, de persécution, crainte de châtiments, de supplices, de l'enfer, et parfois, idées plus spéciales de négation et d'immortalité » (*op. cit.*, p. 297).

4 Sans entrer outre mesure dans la pathogénie proposée par Séglas, on peut paraphraser cet auteur et dire que selon lui le ralentissement psychique et moteur<sup>61</sup> présent chez le mélancolique entre pour une bonne part dans la genèse d'un sentiment d'impuissance<sup>62</sup> et c'est ce sentiment qui serait à l'origine de la douleur morale éprouvée par le patient. Cette façon de mettre l'accent sur le ralentissement moteur contribuera à l'installer ultérieurement comme symptôme clé des états dépressifs.

Ce parcours historique rapide de l'objet médical désigné par le terme mélancolie vous permet de constater la permanence des symptômes observés, que ce soit le chassé-croisé des deux termes de l'aphorisme hippocratique, crainte et tristesse, que ce soit le ralentissement, les troubles du sommeil, la présence d'idées délirantes, etc. Ce ne sont que les présupposés étiologiques qui font varier le choix des signes pertinents et parfois leurs noms mêmes : les nosographies modernes qui dans quelque temps appartiendront à l'Histoire postulent l'existence d'un trouble de l'humeur à distinguer des troubles anxieux et c'est pourquoi l'anxiété n'y est pas mise en avant<sup>63</sup>. Quand le ralentissement est appelé inhibition, des références explicatives liées aux modèles neurophysiologiques de l'inhibition/excitation s'infiltrèrent, quand il est considéré comme résultant d'une perte de l'élan vital, on n'est pas loin de l'athymie originelle du grec et l'on commence à philosopher, etc.

Enfin, même si vous savez qu'il faut ne pas céder à la tentation d'une lecture linéaire, téléonomique de l'Histoire, vous constatez que si la psychiatrie moderne part d'un observable mou (les états dépressifs légers ou moyens) pour aller vers le plus manifeste (sévère, délirant), c'est au mouvement inverse que vous avez assisté dans ce survol historique et il y a fort à parier que, s'il existe des descriptions assyriennes de ces états dépressifs, elles porteront sur des états sévères (ça tombe bien puisque vous êtes dans la mélancolie !), ce que précisément vos études de médecine ont tendance à appeler « formes historiques ».

---

<sup>61</sup> Les termes employés par Séglas sont « arrêt psychique » et « aboulie motrice ».

<sup>62</sup> Vous n'avez pas été très honnête quand vous avez cité la définition de la mélancolie médicale selon Littré. Vous avez omis de dire qu'elle se complétait par : « La mélancolie s'observe aussi chez les animaux dont on change brusquement les habitudes, chez ceux qu'on prive des sujets de leur affection ». Curieusement cette notion d'impuissance (empruntée par Séglas aux travaux de psychologie de son époque) se retrouvera au centre du modèle animal de la dépression (en passant par le modèle de l'impuissance apprise proposé par Seligman, 1975) dont la psychiatrie actuelle, biologique, se sert pour ses recherches dans la confection d'antidépresseurs.

<sup>63</sup> On notera, à titre d'exemple, l'opinion inverse émise par Bright (1586, p. 150), sa réponse à la question : « Laquelle des deux passions (= peur et tristesse) s'installe d'abord et prend possession du cœur mélancolique ? » est : « Selon moi, la crainte est le fondement et la racine du chagrin dans lequel sont plongés les mélancoliques. La crainte continuelle d'un danger futur accable le cœur au point de rendre présent ce qui n'est pas attendu : le cerveau mélancolique en est si convaincu à tout moment qu'il en naît un chagrin accompagnant toujours la crainte ».

## Mélancolie médicale et assyriologie

La deuxième chose que vous a dite le Pr D., c'est : « J'ai rien vu de bien intéressant sur la Mésopotamie et la mélancolie sur internet ». Vous vérifiez, c'est, dirait-il, de bonne pratique : « La confiance n'exclut pas le contrôle<sup>64</sup> ». Dans un premier temps, vous tapez « mélancolie, Mésopotamie » sur Google, et vous donnez raison au Pr D. : vous n'obtenez que du vent et du blabla, mais quand, par acquis de conscience mondialisée, vous tapez « melancholy, Mesopotamia », là c'est bingo !

La première référence qui s'offre est un article d'une certaine Erica Couto-Ferreira : « It is the same for a man and a woman : melancholy and love sickness in ancient Mesopotamia<sup>65</sup> ». Le titre vous semble un peu oblique par rapport à votre sujet mais il ne vous fait pas peur, cette histoire de maladie d'amour, vous venez de la rencontrer dans Du Laurens et sa mélancolie d'amour. La lecture de cet article va s'avérer intéressante et va constituer votre entrée dans l'univers assyriologique.

### L'article de Couto-Ferreira

Dans cet article, plein de choses vous échappent ou vous déplaisent mais d'autres vous séduisent. Vous prélevez ce qui vous intéresse : c'est-à-dire ce qui concerne la mélancolie médicale ! Trois points retiennent principalement votre attention.

1 L'auteur donne sa définition d'un texte médical : « those texts that refer to the identification, prevention and cure of diseases, without making any difference among incantations, rituals, drugs, etc. » (*op. cit.*, p. 24, n. 8), ce qui vous est d'un grand secours (ce qui compte c'est de traiter, pas de juger ce qui vous paraît le plus médical au sens moderne) mais vous laisse aussi un peu sur votre faim, il reste deux termes à définir : « identification » et « disease » !

2 Si elle se lance à la recherche d'une définition de la mélancolie en Mésopotamie (« Melancholy : Searching for a definition in Mesopotamia »), elle semble en réalité se cantonner au concept de mélancolie chez les assyriologues (les Mésopotamiens d'aujourd'hui ?). Ainsi dans leurs travaux, elle constate qu'eux aussi préfèrent le terme de dépression à celui de mélancolie et pour tenter d'appliquer ce concept aux textes de Mésopotamie, elle écrit qu'il faut s'affranchir de la théorie des humeurs<sup>66</sup> et en combinant deux de ses propositions vous retenez : « 'melancholy' will be used in this article in reference to feelings, mood and behaviour dominated by sadness, fear and distress in different grades and with several characteristics ... without linking it with humoral theories<sup>67</sup> » (*op. cit.*, p. 23). Cette définition rejoint votre propos car elle consiste en un descriptif clinique sans explication étiologique.

3 Mais surtout, elle vous ouvre un univers bibliographique et suggère l'existence de textes sur le sujet.

---

<sup>64</sup> Formule attribuée à Lénine, entre autres par la série télévisée Borgen (épisode 7, 1<sup>ère</sup> saison, cf. [fr.m.wikipedia.org, wiki/Saison-1-de-Borgen](http://fr.m.wikipedia.org/wiki/Saison-1-de-Borgen)). Mais les exégètes des œuvres de Lénine doutent, ils pensent soit qu'il s'agit d'une variante d'un proverbe russe prisé par Vladimir, soit d'une réécriture raccourcie de certains de ses propos. Quoiqu'il en soit, on ne prête qu'aux riches !

<sup>65</sup> Accessible sur EDU.

<sup>66</sup> « A concept of melancholy based on humoral theories can't be applied to the Mesopotamian case » (*op. cit.*, p. 22).

<sup>67</sup> Vous ne comprenez pas pourquoi la deuxième phrase ajoute comme éléments cliniques les termes « antisocial and extravagant behaviour » et même remplace « fear » par « panic ».

Certains semblent être des prières ou des incantations à la première personne ou des textes littéraires, vous les laissez de côté vous promettant d'y revenir, s'il y a lieu. Vous vous limitez à ce qui semble nettement médical, c'est-à-dire aux textes médicaux de l'époque qui vous sont livrés principalement par trois auteurs : Marten Stol, un Hollandais, James Kinnier Wilson, un Anglais et JoAnn Scurlock, une Américaine, tous trois assyriologues reconnus.

Couto-Ferreira s'attarde sur Stol qui « has dedicated a few pages, rich of data and hypotheses, to the topic » et reste très critique à l'égard de l'Anglais et de l'Américaine, trop prompts selon elle aux diagnostics médicaux et tous deux suspects d'adopter une « misleading methodology », qu'elle reproche ainsi à Kinnier Wilson : « he interpreted the evidences under the light of contemporary medical theories, and tried to identify ancient accounts of symptoms with modern diseases » (*op. cit.*, p. 22). Mais cela vous ressemble trop pour que vous écartiez ces derniers auteurs sur la simple tirade d'une littéraire ! Le parfum de la lutte des classes ou des chapelles n'est donc pas un vain mot !

Quelques recherches, grâce à Google, vous permettent de compléter la bibliographie de ces auteurs, ce qui donne la liste suivante : Kinnier Wilson (1965, 1967), Ritter/Kinnier Wilson (1980), Reynolds/Kinnier Wilson (2013, 2014), Stol (1993, 1999), Scurlock/Andersen (2005) dans laquelle vous constatez que les deux impétrants condamnés par Couto-Ferreira ont été jusqu'à s'acoquiner avec des médecins (respectivement le neurologue Reynolds et l'infectiologue Andersen).

Vous lisez donc les passages sur la mélancolie de ces trois auteurs (soit environ 80 pages), à la recherche des textes médicaux qui pourraient décrire un état dépressif sévère. Vous avez de la chance, la plupart de ces écrits sont disponibles soit sur Internet soit à la BIUM (Bibliothèque Inter-Universitaire de Médecine<sup>68</sup>). Finalement, beaucoup de textes sont évoqués, mais il en y a un qui l'emporte et que tous ces auteurs ont traduit (deux fois même pour certains) : c'est BAM 234. Vous décidez qu'il sera votre cheval de Troie<sup>69</sup>.

Vous apprenez que cette appellation (Reynolds/Kinnier Wilson 2013, p. 478) est une manière de désigner le texte n°234 édité par l'assyriologue allemand Franz Köcher au sein de sa monumentale édition (en 6 volumes et 584 textes, sous forme de copies cunéiformes) des textes consacrés à la BAM c'est-à-dire à la **B**abylonisch-**A**ssyrische **M**edizin. Vous alignez les traductions et vous constatez quelques divergences entre auteurs, soit dans la lecture du texte original, soit dans le sens des mots, etc. À ce point, nécessité fait loi, il vous faut un informateur assyriologique.

Après quelques recherches par Internet, vous arrivez à découvrir l'existence d'une Bibliothèque d'Assyriologie et d'un Institut du Proche Orient Ancien, dont le maître à bord et tenancier est le Professeur Dominique Charpin. Vous n'osez pas le déranger (le respect des professeurs reste en médecine) et vous avez tort, car il se serait décarcassé pour vous et vous aurait organisé une rencontre avec Annie Attia et Gilles Buisson, deux médecins qui éditent le Journal des Médecines Cunéiformes dont le préposé à la section histoire de la BIUM vous a signalé l'existence. Ces deux médecins, c'est précisément à leur recherche que vous décidez d'aller en

---

<sup>68</sup> 12 rue de l'École de Médecine 75006 Paris, [www.biusante.parisdescartes.fr](http://www.biusante.parisdescartes.fr).

<sup>69</sup> D'autres textes étudiés par Stol vous paraissent prometteurs mais pour l'heure un texte vous suffit. Cf. *infra* pour ces textes.

vous rendant à la bibliothèque d'Assyriologie, rue du Cardinal Lemoine<sup>70</sup> : vous avez peur que simplement leur écrire ne reste lettre morte.

### **La rencontre avec Mme C.**

C'est le grand jour, vous vous pointez à la bibliothèque. Une hôtesse vous accueille et vous dit qu'il faut s'inscrire et qu'il vous faut une lettre d'accréditation. Vous avez juste le temps de lui expliquer votre quête : « Je cherche à joindre des médecins qui travaillent chez vous, Mme Attia ou M. Buisson ». Elle ne les connaît pas, mais par chance, elle vous désigne une jeune personne dans vos âges, courbée sur la tâche, près de la fenêtre, une pile de livres la cachant et vous dit : « Demandez à Mme C., elle travaille sur la médecine mésopotamienne ».

Vous rencontrez Mme C. qui s'avère très aimable :

1 Elle vous conseille deux introductions à la médecine mésopotamienne : celle d'un Suisse, Pascal Attinger, qui date de 2008 et celle plus récente d'un Italien, Mario Fales, qui date de 2016 et y ajoute un livre de synthèse récent sur le sujet signé par Markham Geller (2010), un ex-Américain actuellement « Gastprofessor für Wissensgeschichte » à la « Freie Universität » de Berlin.

2 Pour la notion de texte médical, elle vous signale que les textes médicaux sont structurés selon les séquences signes-(diagnostic)-traitement ou signes-diagnostic et/ou pronostic selon qu'il s'agit de textes « thérapeutiques » ou de textes « diagnostiques et pronostiques ». Elle insiste sur le fait de ne pas négliger dans les textes thérapeutiques les indications quand elles sont présentes sur le but thérapeutique et les résultats du traitement parfois annoncés de manière détaillée. Elle vous conseille la lecture des incantations thérapeutiques<sup>71</sup> qui donnent une bonne idée des conceptions étiologiques de l'époque et elle vous éclaire sur la complexité des diagnostics positifs et/ou étiologiques dans cette médecine d'autrefois.

3 Elle vous dit que la psychiatrie est un sujet compliqué, qu'elle-même, elle s'y est essayée et pour vous convaincre, elle vous montre son article (Chalendar, 2013) en disant : « Regardez, pour 3 lignes de clinique, j'ai dû faire près de 15 pages de commentaires et je ne suis toujours pas sûre que la traduction soit exacte ! D'ailleurs, j'ai préféré me tourner vers d'autres horizons, nettement plus matériels<sup>72</sup> ».

Quand vous lui faites la remarque : « Pourquoi BAM III-202 et pas BAM 202 dans le titre de votre article ? », elle vous répond : « Parce que c'est plus commode, on sait ainsi tout de suite que c'est dans le tome III de la série BAM qu'il faut aller chercher ce texte, tout comme BAM 234 ».

4 Justement, pour BAM III-234, elle regarde votre premier jet et elle vous signale pour compléter votre liste de traductions, les articles de trois autres auteurs : Tzvi Abusch (1999), Stefan Maul (2004, 2010) et Nele Ziegler (2015). Puis elle vous découpe votre texte en y incluant une translittération.

---

<sup>70</sup> Les habitués de cette bibliothèque savent qu'elle vient de changer de lieu et qu'au moment de la parution de cet article, elle aura regagné, le temps de quelques travaux de rénovation, le site principal du Collège de France, 11 place Marcelin Berthelot.

<sup>71</sup> Elle ira même jusqu'à vous conseiller la lecture d'« Hymnes et Prières » (Seux 1976) à la fois pour vous mettre au plus proche des patients et aussi pour que vous compreniez combien l'imbrication de la médecine dans le monde socioculturel, notamment religieux de l'époque, est forte.

<sup>72</sup> Mme C. prépare une thèse sous la direction du Pr Charpin dont le titre actuel est : « *Quand l'animal soigne* ... Les utilisations thérapeutiques de l'animal dans le corpus médical cunéiforme assyro-babylonien ».

5 Enfin, elle commence à se lancer dans quelques explications sur la différence entre translittération et transcription, en disant que cette dernière est utile pour se faire comprendre des autres disciplines et des non cunéiformistes. Elle vous parle aussi de la notion de racine en sémitique, de l'ordre des mots en akkadien (= sujet-objet-verbe), et même de la traduction : selon le précepte d'un de ses maîtres, Nils Heeßel, à une même expression akkadienne doit correspondre si possible une même expression française<sup>73</sup>. Mais assez vite, elle se ravise : « Le mieux, c'est que vous vous mettiez à l'akkadien, par exemple avec John Huehnergard (1997) ou Martin Worthington (2010). Tenez-moi au courant ... » conclut-elle.

De retour chez vous, vous reprenez votre texte en vous limitant à la première partie, c'est à dire jusqu'à la ligne indiquant le but thérapeutique. Vous gardez en réserve la partie thérapeutique pour voir ultérieurement si elle ne contiendrait pas des éléments utiles à la clinique (comme Mme C. vous l'a signalé) et, ce faisant, vous vous apercevez que jusques là vous n'aviez à votre disposition que des éditions ou des traductions de la seule face de la tablette puisque Maul (2010) vous révèle l'existence d'un revers totalement thérapeutique dont il donne la traduction<sup>74</sup>.

Vous établissez votre document de travail qui constitue l'annexe 1.

### **L'étude de BAM III-234**

Selon Maul (2004, 2010) la tablette aurait été découverte parmi plus de mille tablettes et fragments de tablettes, dans la bibliothèque spécialisée d'un médecin de l'époque, Kišir-Aššur qui était au service du dernier grand souverain assyrien : Assurbanipal (669-627 avant notre ère) dont la capitale Assur fût pillée par les Mèdes en 614.

Vous segmentez votre texte selon les indications données par Mme C. et vous passez directement à la partie clinique de ce texte en laissant de côté le tout début (segments A à D), sorte de préambule qui, de prime abord, n'a rien à voir avec de la clinique. Vous constatez en comparant les traductions que de nombreuses choses prêtent à discussion.

### **Quelques-uns de vos soucis**

#### ***hīp libbi* segment E**

Ce terme vous paraît important car il débute la clinique et Stol a proposé de le traduire par mélancolie, mais c'est vraiment la foire d'empoigne !

Dans les traductions proposées, Stefan Maul fait bande à part, il propose une traduction contextuelle par perte de la confiance en soi puisque pour lui les symptômes qui suivent consistent en une remise en question de l'« Autorität » du patient<sup>75</sup>.

Les autres traductions essaient de donner un sens en suivant le mot-à-mot de l'expression. Avec Kinnier Wilson on est dans le brisement de l'esprit d'où le terme « nervous break-down ». Avec Stol on est dans la métaphore du « cœur brisé » qu'il file vers le chagrin plus que la peine de

---

<sup>73</sup> Heeßel (2000, p. 147).

<sup>74</sup> Pour une édition complète de BAM III-234 par ce même auteur, il vous faudra attendre la parution d'un futur tome de la collection KAL (= Keilschrifttexte aus Assur literarischen Inhalts), tout entier consacré aux « nam.érim.būr.ru.da », c'est-à-dire aux rituels chargés de dissoudre le parjure et ses conséquences (courtoisie S. Maul).

<sup>75</sup> « Daraufhin schwinden Selbstvertrauen und Autorität des Erkrankten ».

cœur. Avec Couto-Ferreira on est dans le « breaking of the insides », formule qu'elle ne retient pas comme traduction.

Quant à Scurlock, elle vous cause bien des soucis, non seulement dans une petite note<sup>76</sup> elle vous signale d'autres traductions, comme « depression, agitation, or bad temper<sup>77</sup> (Köcher 1978, p. 24), « anguish » (Labat 1972-1975)<sup>78</sup>, « emotional upset » (Kinnier Wilson/Reynolds 1990, p. 190), « severe abdominal colics » (Adamson 1993), mais surtout elle propose de comprendre l'expression de manière moins métaphorique que Stol, elle en fait une sensation douloureuse (« a crushing sensation in the chest »). Cette sensation est dûment répertoriée dans The McGill Pain Questionnaire (Melzack 1975) comme étant la plus forte des douleurs constrictives et l'hôpital Saint Antoine (Boureau *et al.* 1984) qui a adapté ce questionnaire en français la traduit par « sensation de broiement ».

C'est sans doute habile, car quand on parcourt son œuvre (c'est facile, il y a des index !) on s'aperçoit que cette traduction lui sert pour jouer sur deux tableaux, celui des contextes psychologiques et celui des contextes somatiques notamment cardiovasculaires.

Vous vous dites : « Pourquoi pas ? ». Après tout, les cardiologues parlent souvent du contexte anxieux voir anxio-dépressif qui entoure les infarctus et les « angines de poitrine ». Mais tout de même, le serrement du plexus, le nœud à l'estomac, le sentiment d'oppression dans le thorax, le poids sur la poitrine que vos patients déprimés ou anxieux vous décrivent<sup>79</sup>, c'est quand même loin du broiement.

Si on en reste au niveau d'une sensation « désagréable » au niveau de la poitrine ou du cœur, ça peut se tenir, mais ce n'est pas le cas du broiement à propos duquel Scurlock affirme : « les médecins d'aujourd'hui disent que leurs patients atteints de maladie coronarienne utilisent fréquemment et précisément ce terme 'crushing' pour décrire leur douleur<sup>80</sup> ».

Pour en avoir le cœur net<sup>81</sup>, vous décidez d'aller voir les exemples cardiaques proposés par Scurlock contenant la « crushing sensation ».

Cela débute fort puisque : « If a person continually has a crushing sensation in his chest<sup>82</sup> » est mis en exergue à son chapitre 8 : « Heart, Circulatory System, and Lungs ». Tout un programme, c'est du lourd !

Le premier exemple que vous trouvez est dans le sous-chapitre « Heart rate and rythm », c'est BAM 316 iii 8'-10' : « diš na šà-šú gaz.meš-šú pi-qam nu pi-qam i-par-ru-ud na bi dab-ti dingir u <sup>d</sup>aš<sub>11</sub>-dar ugu-šú gál-ši dingir-šú ki-šú ze-ni ..., si son cœur le broie continuellement (et) tremble sans cesse, la colère du dieu et de la déesse est sur lui, son dieu est en colère contre lui » (*op. cit.*, p. 167, exemple 8.8).

Le commentaire de Scurlock est : « A rapid fluttering heart rate<sup>83</sup> was described by the *āšipu* as a 'shudder' (*mud/parādu*) of the heart (*šà/libbu*) ». Très honnêtement, vous vous dites que si on est dans le somatique, il vaut mieux que le médecin ne tarde pas trop et vous vous interrogez

---

<sup>76</sup> Note 14 appelée p. 168 et détaillée p. 710.

<sup>77</sup> Cf. les troubles du caractère de Guelfi (1979, p. 111). Les termes de Köcher sont : « Verstörung, Verstimmung, Depression ».

<sup>78</sup> Labat (1972-1975, p. 367) : « angoisse » (litt. « bris du cœur »).

<sup>79</sup> Cf. [www.depression.ch/fr/hintergrundinfos](http://www.depression.ch/fr/hintergrundinfos) ou Guelfi à propos de l'anxiété somatique (1979, p. 83).

<sup>80</sup> Scurlock/Andersen (2005, n. 14, p. 710).

<sup>81</sup> Cette obsession de la vérification est décidément devenue un de vos leitmotives, mais on vous a enseigné qu'elle s'impose devant toute affirmation péremptoire ou tout « il est évident que ».

<sup>82</sup> C'est son exemple 8.12.

<sup>83</sup> Soit : « 125 to 200 beats by minute », précise-t-elle quelques lignes plus bas !

sur l'efficacité du traitement proposé : un petit sachet de plantes et de pierres à mettre au cou du patient pour apaiser la colère divine.

Mais surtout, BAM III-234 et BAM III-316 semblent partager le même contexte, celui des tablettes répertoriées par Stol pour le brisement de cœur et qui associent les deux éléments cliniques, cœur broyé et tremblement/frayeur. Vous vous demandez pourquoi deux traductions ? Pourquoi dans cet exemple 8.8, c'est le cœur qui tremble et pas le patient comme en BAM III-234<sup>84</sup> ? Pourquoi dans cet exemple Scurlock abandonne sa traduction par sensation de broiement dans la poitrine<sup>85</sup> ? Vous avez l'impression qu'il y a deux poids et deux mesures. Vous vous arrêtez là, le découragement vous guette !

Non décidément, il vaut mieux revenir à Stol, la notion de cœur brisé vous va bien<sup>86</sup>, elle sert votre propos et de plus, elle illustre les quelques éléments de psychiatrie transculturelle que vous avez appris à l'école, notamment dans le DSM-IV qui fait une courte référence aux Hopis, peuple amérindien qui exprime la dépression par : « j'ai le cœur brisé<sup>87</sup> ». Un « idiome culturel de souffrance<sup>88</sup> » de cette sorte, vous pouvez sans trop chercher en trouver des formulations proches comme dans cet article de Sulaiman S., Bhugra D., de Silva P. (2001) dans lequel les auteurs signalent les trois plaintes les plus fréquentes des dubaïotes dépressifs : « *sadri dayeq alayaa*, my chest feels tight ; *tabana*, i am fatigued ; *jesmi metkasser*, broken body ». Vous y retrouvez le serrement dans la poitrine, l'asthénie et le brisement (mais au niveau du corps).

En médecine et singulièrement en psychiatrie, la « socioculture » d'un patient a une influence majeure sur la manière dont il « ressent, comprend et communique ses symptômes ou problèmes aux autres<sup>89</sup> » et vous percevez confusément que tenir compte de cet aspect à propos de la Mésopotamie ancienne, a pour conséquence que vous n'êtes pas sorti de l'auberge et que vous risquez d'y passer votre vie. Rien que dans votre texte, en plus du *hīp libbi*, il y a l'expression « avoir le cœur rempli envers dieu et roi » (segment J) ainsi que le modèle explicatif des symptômes du patient par la colère divine (segment R)<sup>90</sup>.

Reste que vous n'avez toujours pas traduit *hīp libbi* et puisque vous pensez que mélancolie ou dépression nerveuse désignent un syndrome, ce ne peut-être une traduction à retenir<sup>91</sup> et il vous

---

<sup>84</sup> Il est vrai que dans certains des textes donnés comme exemples cardiaques on a šà-šú sujet du verbe mud-ud comme en 8.6 et 8.7 (šà-šú pi-qam la pi-qam mud-ud), 8.9 (šà-šú mud.mud-ud), 8.10 (ina pi-qam šà-šú mud-ud) mais tous ces exemples sont empruntés à des textes provenant d'un univers différent comme le TDP (Labat 1951) ou BAM IV-397.

<sup>85</sup> Une traduction comme : « si un homme a une sensation de broiement » serait possible.

<sup>86</sup> Pour une motion de synthèse, vous pourriez citer Eliane Cuvelier dans son introduction à sa traduction du Traité de la Mélancolie de Bright (p.15) : « Dans la tristesse, la crainte ou la haine, ... se produit un mouvement centripète, accompagné d'une contraction extrême du cœur ('le cœur brisé' sera donc une autre expression à prendre littéralement) ... ».

<sup>87</sup> Cf. DSM-IV-TR, p. 408 : « La culture peut influencer l'éprouvé et l'expression des symptômes dépressifs. ... L'éprouvé dépressif peut être exprimé, plutôt qu'à travers la tristesse et la culpabilité, principalement à travers des plaintes somatiques, concernant les « nerfs » et des céphalées (culture latine et méditerranéenne), une faiblesse, une fatigue, un « déséquilibre » (culture chinoise et asiatique), des problèmes avec le « cœur » (culture moyen orientale) ou le « cœur brisé » (chez les Hopi) ».

<sup>88</sup> DSM-5, p. 882, n. 2 : « idiom of distress » ou « formulation idiomatique culturellement déterminée de la souffrance ».

<sup>89</sup> *Ibid.*

<sup>90</sup> Modèle explicatif que vous supposez ici partagé par le patient et le médecin et qui ne peut donc être considéré comme un symptôme psychiatrique !

<sup>91</sup> Sauf si vous pensez que les symptômes qui suivent la mention *hīp libbi* seraient ceux qui définiraient ce syndrome, mais ceci est une autre histoire, il vous faudra interroger le sens et les utilisations des tuk.tuk ! dans votre texte fétiche.

faudra hésiter puis trancher entre le mot-à-mot (cœur brisé) ou quelque chose comme chagrin ou autre.

### ***rimûtu* segments I et O**

Les diverses traductions vont de la faiblesse (musculaire) à la paralysie en passant par le relâchement, la flaccidité et la parésie, et concernent à première vue le système locomoteur, les muscles des membres. Relâchement (musculaire) vous paraît convenir : il est assez général et suffit à évoquer le ralentissement moteur que vous recherchez ! Les muscles ne sont plus opérationnels, ils ne se meuvent plus, ils sont flasques, mais vous auriez pu proposer : asthénie musculaire<sup>92</sup>, ou même atonie, etc.

### ***minâtūšu ittanašpakā* segment K**

Si tous les auteurs évoquent la flaccidité des membres<sup>93</sup>, Scurlock quant à elle (Scurlock/Andersen 2005, p. 293), propose une traduction opposée parlant de tension, ses raisons seraient que le sens courant de *šapāku* est « entasser » et qu'il s'opposerait au verbe *ramû* dont le dérivé *rimûtu* (relâchement) vient d'être discuté. Dans ce texte, Scurlock se justifie en disant que la personne décrite est clairement dans un grand état de stress, condition qui suppose dit-elle un certain degré de tension (*op. cit.*, n. 12 p. 744). Décidément, tous les coups sont permis ! En fait, la situation clinique à imaginer est plus difficile qu'il n'y paraît, soit vous l'unifiez et dans ce cas il est logique que *rimûtu* et *šapāku* aillent dans le même sens, celui du ralentissement dépressif avec faiblesse musculaire, soit vous pensez avec Scurlock qu'en plus du relâchement coexisterait une tension, c'est-à-dire de l'anxiété.

### **La racine PRD : *iptanarrud* (segment H), *iparrud* (segment L), *pardāti* (segment N)**

En H et L, tous les auteurs optent en gros pour la peur alors que Scurlock préfère le physique (« il tremble ») ce qui est cohérent avec son approche somatique et objective des signes cliniques mais qui ajoute un symptôme musculaire de plus : flaccidité+tension+tremblements ! Il est vrai que trembler de peur est chose classique !

En N, tous les auteurs parlent de rêves troublés ou confus sauf Maul qui parle de rêves terribles ou effrayants. Vous donnez raison à Maul<sup>94</sup> : cela sert votre propos et vous rappelle Arétée et ses « songes ... terribles » ou Du Laurens et ses « songes effroyables<sup>95</sup> ».

**Les indications temporelles** semblent diversement traduites, ainsi segment E, les expressions « frequent(ly), time and again, always, continually, immer wieder, sans cesse, régulièrement » semblent correspondre au même « élément grammatical<sup>96</sup> » akkadien, ainsi également, segment L, *pīqa la pīqa* pourra être rendu majoritairement par « parfois, de temps à autre, de temps en temps » alors que Scurlock préfère « incessantly », tout comme vous !

### **Certains passages sont difficiles au premier rang desquels a du bi nu te šú (segment J)<sup>97</sup>.**

Ces diverses interrogations sont cruciales puisqu'elles tournent autour de symptômes clé du diagnostic d'état dépressif, tels la tristesse, le ralentissement et l'anxiété.

---

<sup>92</sup> Séglas (1895, p. 290) utilise le terme peu élégant d'amyosthénie.

<sup>93</sup> Ritter et Kinnier Wilson (1980, p. 29) précisent que Labat (TDP 190, 21) traduit dans un contexte semblable *šapāku* par avoir les membres ballants. Ziegler (2015) parle de membres inactifs.

<sup>94</sup> Car, conformément à ce que vous a expliqué Mme C., vous préférez trouver un sens unique à cette racine que vous retrouvez ici deux fois sous une forme du verbe *parādu* et une fois sous une forme de l'adjectif *pardu*.

<sup>95</sup> Voire même le terme de « resverie ».

<sup>96</sup> L'infixe *-tan-* (courtoisie Mme C.).

<sup>97</sup> La suite dans un prochain numéro !

## **Votre lecture**

Ce n'est pas une traduction suivie, vous donnez votre préférence à tel ou tel auteur pour retrouver les symptômes que vous recherchez, ceux qu'il vous a semblé trouver dans les vignettes cliniques anciennes et modernes, ce n'est pas joli, joli et vous encourez les mêmes reproches que ceux dont vous fustigiez Scurlock !

**tristesse** : segment E, il a le « cœur brisé » durablement

**idées délirantes de persécution** : segments F et G, on ne lui obéit pas, on ne lui répond pas, les médisances des gens sont nombreuses

**colère** : segment J, son cœur est rempli (de ressentiments) envers dieu et roi<sup>98</sup>

**ralentissement psychique** : segment Q, il oublie ce qu'il dit

**ralentissement moteur** : segment I, un relâchement survient, segment K, ses membres sont constamment flasques et segment O, le relâchement devient constant

**anxiété** : segment H, il est constamment effrayé dans son lit, segment L, il a des accès de frayeur, segment N, ses rêves sont constamment effrayants

**perte d'appétit** : segment P, il mange et boit peu

**troubles du sommeil** : segment M, jour et nuit il ne trouve aucun repos, segment N, ses rêves sont constamment effrayants.

## **Arguments en faveur de l'explication délirante**

Déjà pour vous, la séquence des segments F et G, « on n'obéit plus à ses ordres, on ne répond plus à ses appels, les médisances des gens sont nombreuses », ça vous évoque des idées de persécution. Pour vous c'est clair, le patient se plaint qu'on le traite comme un « moins que rien » et c'est plus un vécu, un ressenti qu'une réalité. Mais il y a plus, les pertes économiques et les décès (façon « adieu veau, vache, cochon, couvée<sup>99</sup> ») énoncés dans le préambule, ça vous fait irrémédiablement penser à des idées délirantes de ruine qui sont les premières citées par Ségla comme typiques de la mélancolie délirante.

De surcroît, cela vous rappelle cette vignette clinique lue dans Esquirol (1819, p. 156) : « Un négociant éprouve quelques pertes légères, il se croit ruiné, réduit à la plus profonde indigence, et refuse de manger, parce qu'il n'a plus de quoi payer même sa nourriture. On lui présente l'état de ses affaires, qui sont très-brillantes : il l'examine, le discute, semble convenir de son erreur ; mais, en définitive, il conclut qu'il est ruiné. »

Cette « lecture psychiatrique » trahit-elle votre sentiment plus que votre regard de médecin ? Témoigne-t-elle d'une déformation professionnelle ? Êtes-vous en train de prendre vos désirs pour des réalités et de faire ce que vous avez reproché à Scurlock ?

De manière hypocrite, vous vous abritez derrière Roland Jouvent (2000, p. 32) en reprenant certains de ses propos : « Le repérage clinique s'organise selon les intentions de l'observateur et ses connaissances » ou « L'archéologue ne marche pas dans le désert comme le touriste ».

---

<sup>98</sup> À noter que Maul a une autre compréhension et parle de ballonnements (« während er unter Völlegefühl leidet »).

<sup>99</sup> Encore une révérence à Jean de La Fontaine (« La laitière et le pot au lait », Fables, VII, IX :23).

## Le point de vue des assyriologues

Mais, votre lecture psychiatrique de ce texte, les assyriologues sont loin de la faire, ils croient tous à la réalité des avatars et des malheurs subis par le patient et vous n'avez comme soutien que Kinnier Wilson et Scurlock.

Vous vous dites, ils font l'explication de « monsieur tout le monde », mais dans le fond vous n'êtes pas très rassuré car vos deux soutiens, habituellement plus impétueux, savent se montrer prudents, singulièrement pour votre texte.

Certes Kinnier Wilson (Reynolds/Kinnier Wilson 2013) est pratiquement sur la même ligne que vous<sup>100</sup> : « the modern psychiatrist will recognize a remarkably accurate description of an agitated depression with biological features including insomnia, anorexia, weakness (and probably weight loss), impaired concentration and memory », c'est-à-dire qu'il diagnostique un état dépressif agité ou anxieux (c'est-à-dire sévère donc mélancolique), mais il ne mentionne pas vraiment les idées délirantes. Ainsi, dans Ritter/Kinnier Wilson (1980), il faut aller les débusquer pour ainsi dire « entre les lignes » :

- à propos de « he gives an order, and no one (*sc.* in his household) complies with it », vous lisez : « The situation in both cases seems likely to have been more imagined than real » (*op. cit.*, n. à la l. 5, p. 29),

- on croit comprendre que les événements décrits dans le préambule sont plus redoutés que réels, quand il mentionne un manuel de psy<sup>101</sup> que vous n'avez pu vous procurer et qui à propos de l'anxiété explique que cela peut être : « a feeling that something is going to happen »,

- la seule mention d'idées délirantes clairement évoquées l'est à propos d'un terme figurant dans la liste des étiologies : *qāt amēlūti*. Ce terme signifie mot à mot « main d'humanité », il souligne l'intervention dans le processus souvent multifactoriel à l'origine d'une maladie, d'une 'main' d'homme et pas de n'importe quel homme (ou femme) : c'est un sorcier qui est à la manœuvre. Pour Kinnier Wilson, il serait souvent associé à un tableau clinique marqué par des idées délirantes de persécution au premier rang desquelles, celles concernées par « calumny and hostility on the part of neighbours and the authorities » mais cela vous apparaît un peu en retrait par rapport à son article « Introduction to Babylonian Psychiatry<sup>102</sup> » (1967, p. 290-291) qui mentionne plusieurs textes avec idées délirantes. Toutefois, Kinnier Wilson comme Maul insistent pour dire que c'est avant tout *qāt māmīti*, la main-du-parjure qui constitue l'enjeu principal du traitement et pas *qāt amēlūti*.

Quant à Scurlock également (Scurlock/Andersen, 2005), elle ne semble pas, à propos de BAM III-234, faire de commentaires allant dans ce sens. Pour elle, ce texte est un exemple appartenant

---

<sup>100</sup> Plus exactement c'est vous qui vous inscrivez dans son sillage !

<sup>101</sup> D. Curran and M. Partridge, *Psychological Medicine : An Introduction to Psychiatry* (Edinburgh and London, 5<sup>th</sup> ed., 1963).

<sup>102</sup> Pour vous, l'expression « psychiatrie babylonienne » est tout à fait acceptable. Certes, d'après Pigeaud (2004b) le terme de psychiatrie inventé par un médecin allemand en 1803 ne devient véritablement utilisé en France qu'à partir de 1860 (soit entre Esquirol et Séglas) et la notion de médecins spécialisés dans les maladies mentales est classiquement reliée à Philippe Pinel (1745-1826, aliéniste et maître d'Esquirol). Toutefois, chaque fois qu'un médecin ancien décrit et soigne ce qui vous apparaît être un trouble mental, ne peut-on pas dire qu'il fait fonction de psychiatre ? Le terme « psychiatrie babylonienne » n'est choquant que pour les âmes sensibles, il est accrocheur et c'est une commodité pour attirer le lecteur mais « l'inventeur » de ce terme ne prétend nullement qu'il existait des psychiatres à l'époque mais simplement que : « What is striking about the Babylonian clinical description we present here (= BAM 234) is how closely it corresponds to modern views of a depressive illness » (Reynolds/Wilson 2013). Le bémol étant que vous auriez préféré à la fin quelque chose comme : « to modern and ancient descriptions of a depressive state ».

à son paragraphe sur les états anxieux. Dans son introduction (*op. cit.*, p. 370), elle fait figurer la dépression comme étant un signe ou un symptôme de l'anxiété ce qui vous fait bondir<sup>103</sup> ! Mais surtout (*op. cit.*, n. 15 p. 371, à lire p. 744) elle réfute la proposition de Ritter/Kinnier Wilson (1980) de lier sorcellerie (*qāt amēlūti*) et délire. Et il y a plus, au sujet de son exemple 16.95<sup>104</sup> (*op. cit.*, p. 385) censé correspondre selon elle à un cas de paranoïa (donc en français à un délire de persécution) et dont elle donne la traduction suivante : « If a person is continually made sad, he is upset day and night, he is having serious financial losses and making no profit, people slander him, the person who talks with him does not tell him the truth, people say bad things about him behind his back ; they will not see him in the palace where he stands, his dreams are troubled, in his dream he continually sees dead persons, a crushing sensation in his chest is established for him, ... (god and goddess are angry with him, sorcery has been performed against him, he has been cursed before god and goddess), his desires are confused, god, king, patron and prince cause him grief, he cannot get an answer to his problems out of diviner or seer even after seven (attempts), nobody listens to him ... », elle écrit qu'elle considère cet exemple comme étant « both the most interesting and the most uncertain » de ses exemples sur la paranoïa. De fait, elle évoque deux hypothèses opposées, la première vous conforte : « One has the feeling that the adversities<sup>105</sup> listed are not real », ce qui va dans le sens d'idées délirantes de persécution et de ruine, mais la seconde tempère votre enthousiasme : « However, if they are (real), then paranoia would not be an appropriate diagnosis<sup>106</sup> ».

## Vos questions

Il y a quand même des choses qui vous font tiquer et des questions que vous vous posez, fussent-elles naïves, à l'instar des deux premières.

### 1 À qui et pourquoi propose-t-on un traitement ?

Votre réponse spontanée à cette question est évidemment qu'à l'époque comme de nos jours les traitements médicaux sont proposés à des patients, à des malades, c'est à dire à des personnes souffrant d'états pathologiques. La remarque de Stol (1999, p. 65) : « This second text (= BAM 234) is concerned with a non-medical problem which is to be resolved by applying the classical medico-magical methods » bien sûr vous intrigue, mais comme votre idée et votre sentiment sont que le patient (ou le cas clinique) décrit dans la partie clinique de BAM III-234 relève

<sup>103</sup> Pour vous, c'est l'inverse : l'anxiété est un signe possible des états dépressifs, même si en toute rigueur vous savez que les états anxieux chroniques peuvent se compliquer d'un état dépressif. D'ailleurs, pour en revenir à *hīp libbi*, vous ne pouvez pas souscrire à sa n. 9, p. 371 (détaillée p. 744) dans laquelle elle reproche à Ritter et Kinnier Wilson d'interpréter ce terme comme « frequent nervous breakdown », au motif, écrit-elle que : « However, chest pain is not a significant symptom of nervous breakdown ».

<sup>104</sup> Voir ci-dessous pour les textes servant de source à 16.95.

<sup>105</sup> Les 'adversities' sont ici des problèmes économiques et des problèmes relationnels.

<sup>106</sup> De toute façon, ce n'est pas à vos yeux le diagnostic approprié. Non seulement ce texte vous dit quelque chose : il fait partie des textes étudiés par Stol (1999) et Abusch (1999) ce qui laisse supposer une proximité avec BAM III-234, mais en plus, vous vous faites la remarque que si la définition de la paranoïa par Scurlock vous semble correcte : « Paranoia is a delusional disorder **that lacks symptoms of major mood disorder** and the bizarre quality of delusions seen in schizophrenia », le fait que 16.95 débute par : « If a person **is continually made sad, he is upset** day and night » ne rend pas cet exemple conforme à la définition de Scurlock et serait plus en faveur d'un trouble de l'humeur, vous incitant donc à le classer au même titre que BAM III-234 comme un texte illustrant un état dépressif sévère, une mélancolie avec notamment des idées délirantes de persécution, plus qu'un délire paranoïaque.

avant tout d'un état dépressif sévère, vous poursuivez l'hypothèse selon laquelle il s'agit dans ce texte essentiellement de problèmes relevant de la médecine mentale.

Mais, quand vous regardez la partie thérapeutique du texte, spécialement dans les incantations que le patient est censé adresser à la divinité, vous n'y comprenez plus rien, le patient semble demander à la divinité qu'elle le libère de maux physiques<sup>107</sup> : nulle mention réelle de symptômes mentaux. Ainsi, vous lisez aux lignes 32-33 les traductions de Ritter/Kinnier Wilson (1980, p. 27) : « With regard to the *māmītu*-influences which has seized me, which pursue me night and day, which are wasting my flesh, and stand (ready) to cut off my life, ... » et de Maul (2010, p. 138) : « Wegen des Bannes, der mich packte und mich dann immer wieder verfolgt bei Tag und bei Nacht, der mein Fleisch dem Verfall anheim stellt, der bereitsteht, um meinen Odem abzuschneiden, ... ». Ces traductions semblent décrire une cachexie (une déchéance des chairs ?) avec pronostic vital. Certes, la cachexie n'est pas incompatible avec l'amaigrissement du grand déprimé, de même la traduction de Maul qui parle de « couper le souffle » pourrait renvoyer aux sensations de serremments de gorge des manifestations anxieuses (pouvant être présentes dans les états dépressifs). Ce sont sans doute ces indications qui font dire à ces auteurs que dans ce texte la véritable maladie à soigner est la maladie du parjure (= *māmītu*)<sup>108</sup>.

En outre, au revers de la tablette (l. 59-61), cela se complique, la traduction de Maul (2010, p. 139), mentionne : « Eid, Bann, Vergeltung, Verhör, Husten, Hustenanfall, (Husten)schleim, Fieber, Schweiß(ausbruch), Leibschmerzen, die in meinem Körper sind, reißt... aus meinem Körper heraus ». Vous vous demandez ce que les symptômes somatiques viennent faire dans cette galère, vu qu'ils n'appartiennent pas à la clinique du début de votre texte. La fièvre surtout et les accès de sueurs vous préoccupent, car admettre que le patient en souffre, cela reviendrait à exclure la mélancolie puisque cette dernière est par définition un délire sans fièvre. Bien sûr, il vous reste la possibilité d'user d'une approche façon Abusch et y voir l'expression d'une incantation générale anti-parjure, c'est à dire une incantation toute faite, appartenant à un catalogue d'incantations réputées pour leurs actions anti-parjure, en bref une incantation non spécifiquement dédiée à votre patient. Il n'empêche que la maladie du parjure était sans aucun doute ressentie également comme physique par le patient, comme une menace pour son corps. Et de plus, vous notez qu'il ne demande pas à récupérer ses biens et son statut, tout comme il ne demande pas non plus à être soulagé de ses craintes ou propos délirants.

Comme vous êtes jeune et « jusqu'au-boutiste » vous poursuivez votre thèse dans ce qu'elle a de plus extrême : c'est d'une maladie mentale dont il est victime, les malheurs sont plus imaginés que réels et c'est pourquoi ce malade requiert des soins. Qui plus est, en admettant que les auteurs qui pensent qu'il s'agit d'un cas où le patient a tout perdu, biens et position sociale (une sorte de Martin Gray<sup>109</sup> ?), ont raison, vous vous demandez pourquoi proposer un traitement à quelqu'un qui a tout perdu ? Un tel traitement va-t-il l'aider à aller mieux, va-t-il lui faire récupérer ses biens et son rang ? En clair, vous doutez que de bonnes paroles (du genre : « plaie d'argent n'est pas mortelle ! ») fussent-elles incantatoires fussent à le consoler. Mais,

---

<sup>107</sup> C'est ce que Maul (2004, p. 89-90) exprime en présentant le traitement comme : « eine Behandlung der akuten körperlichen Krankheitssymptome des Patienten ».

<sup>108</sup> Cf. par exemple Maul (2010, p. 136) : « Es folgen Handlungsanweisungen (Z. 13-77), die zum Ziel haben, den erkrankten Menschen von den unheilvollen Folgen eines göttlichen Bannes zu befreien », et ce malgré les étiquettes un peu touffues de ce texte, que vous avez pour l'heure renoncé à étudier.

<sup>109</sup> [https://fr.m.wikipedia.org/wiki/Au\\_nom\\_de\\_tous\\_les\\_miens](https://fr.m.wikipedia.org/wiki/Au_nom_de_tous_les_miens).

de plus, s'il est réellement ruiné, au ban de la société, vous vous interrogez pour savoir comment un tel homme peut avoir recours au médecin et c'est une nouvelle question.

## 2 Un homme ruiné, au ban de la société peut-il recourir au médecin ?

Dans Attinger (2008) et Fales (2016) vous avez lu que le recours aux médecins était particulièrement onéreux, sans doute réservé aux riches : le patient ruiné a-t-il seulement de quoi se payer un tel luxe ? Quand vous regardez ce qui a amené Attinger puis Fales à évoquer ce point, vous vous apercevez qu'il faut là encore toujours vérifier les sources mêmes les plus prestigieuses et donc a priori les mieux établies et vous vous autorisez une petite digression.

L'histoire est la suivante : au départ, il y a toute l'autorité de Philippe-Ernest Legrand qui en 1932 publie sa traduction d'Hérodote (traduction toujours en cours aux Belles Lettres) avec cette ligne sur les Babyloniens : « ils portent les malades hors de leurs maisons sur la place ; car ils n'ont pas de médecins » (I 197, p. 190)<sup>110</sup>. Contenau, dans son livre « La médecine en Assyrie et en Babylonie » (1938, p. 46), reprend la traduction de Legrand et commente : « Que cet usage ait pu exister dans quelques villes de province où il y avait pénurie de soins, ou que des malheureux incapables d'appeler un médecin aient sollicité, sur la place publique, en même temps que la charité, des conseils sur leur mal, la chose est possible ; mais il est évident qu'Hérodote est ici mal renseigné. Ces médecins que nous voyons agir, occuper de hautes charges, les œuvres médicales parvenues jusqu'à nous, réduisent à néant l'assertion de l'historien sur l'inexistence des médecins en Babylonie. »

La traduction de Legrand n'est pas remise en cause : c'est Hérodote qui se trompe<sup>111</sup>. Le texte grec répondant au « car ils n'ont pas de médecins » est le suivant : « οὐ γὰρ δὴ χρέωνται ἰητροῖσι<sup>112</sup> ». En 1978, la traduction italienne de David Asheri<sup>113</sup> : « infatti, non usano medici », marque sa différence mais semble être passée inaperçue du monde assyriologique, puisqu'il faut attendre 2001, pour que Maul, remette sérieusement en doute cette traduction officielle<sup>114</sup>. Ses propos sont clairs, il écrit (*op. cit.*, p. 4) que la compréhension qui a été faite du texte d'Hérodote s'est faite « im Grunde gegen den griechischen Originaltext » et ajoute (n. 2, p. 4) : « Herodot sagt keineswegs, wie es in den gängigen Übersetzungen der 'Historien' (und infolgedessen auch in den gängigen Medizingeschichten) wiedergegeben wird, daß die Babylonier keine Ärzte hatten oder keine Ärzte kannten (im Originaltext steht : οὐ γὰρ δὴ χρέωνται ἰητροῖσι)... ». Et donc, au lieu de la traduction allemande « officielle » de Josef Feix (1963<sup>115</sup>) : « denn sie haben ja keine Ärzte » semblable à celle de Legrand, il propose : « denn, sie bedienen sich keiner Ärzte » qui redécouvre celle d'Asheri<sup>116</sup>.

---

<sup>110</sup> L'auteur ajoute en note de bas de page (n. 4, p. 190) : « ... cela est inexact ; – il y avait des médecins à Babylone, et il n'y avait pas d'*agora* ; ... », sans doute sous l'impulsion de deux assyriologues, l'un grande figure de l'assyriologie française François Thureau-Dangin, l'autre un médecin versé dans l'épigraphie le Dr Georges Contenau, tous deux cités dans l'avant-propos : « J'ai consulté avec fruit ... M. Thureau-Dangin et M. Contenau ..., sur des points d'archéologie ... 'barbare' ».

<sup>111</sup> Ou plus exactement qui a été induit en erreur !

<sup>112</sup> D'après Legrand (§ 197, p. 191).

<sup>113</sup> Signalée par Paul Demont *apud* Attinger (2008, n. 1, p. 2).

<sup>114</sup> Cf. Maul (2001), article du *Medizin Historisches Journal*, signalé par Attinger (*ibid.*, p. 2). A contrario, rien de tel dans Maul 1996.

<sup>115</sup> Sous réserve que l'édition que vous avez pu consulter en ligne reproduise bien celle de 1963.

<sup>116</sup> Vos quelques connaissances de grec vous permettent de confirmer les dires en cours et de revivre les cours de grec de votre adolescence avec leurs exercices sempiternellement répétés d'analyse et de décomposition de la phrase grecque ! Ainsi, dans la fameuse phrase disputée « οὐ γὰρ δὴ χρέωνται ἰητροῖσι », vous reconnaissez outre la négation, le substantif ἰατῆρ/ ἰητήρ (médecin) au datif pluriel et le verbe χράομαι au moyen à la 3<sup>ème</sup> personne

C'est cette traduction qui permet à Attinger (2008, p. 2) d'écrire : « Hérodote ne dit pas que les Babyloniens n'avaient point de médecins, mais qu'ils 'ne recourent point aux médecins'<sup>117</sup> » et de s'engouffrer dans une discussion sur les honoraires des médecins<sup>118</sup> qui culmine (*op. cit.*, p. 3) par : « le moins que l'on puisse dire est que les factures sucrées des médecins ne datent pas d'hier, et que *leur* clientèle ... se recrutait très vraisemblablement dans la bonne société akkadienne. ».

Après ces questions naïves, deux questions de traduction vous taraudent, l'une en ouverture du texte et l'autre après le diagnostic concerne le but thérapeutique.

### 3 Comment traduire le segment A et surtout comment interpréter le *ul idê* final ?

La traduction de ce segment semble faire l'unanimité chez les assyriologues, mise à part celle de Maul qui fait bande à part<sup>119</sup>, en conséquence, vous proposez : « Si un homme est confronté à un malheur de telle sorte qu'il n'a pas connaissance de comment cela lui est arrivé ».

Le problème est que pour conforter vos vues, vous avez très envie de traduire par : « Si un homme (se dit) confronté à des malheurs et qu'il ne sait pas si cela lui est arrivé (réellement) », mais ce faisant, vous savez que vous forcez le texte et qu'il y a plein de petits détails obscurs que seul un assyriologue pourra vous éclaircir : peut-on traduire *mihru* par un pluriel, comment se traduit le verbe *idû* suivi de *kî* (vous avez noté que Maul par exemple traduit par « il ne sait pas que » contrairement aux autres qui proposent : « il ne sait pas comment »), peut-on comme le fait Maul a contrario des autres inverser les sujets et objets grammaticaux de la proposition *ki-i im-hu-ru-šu*, etc. ? Mais surtout, vous avez conscience qu'une telle traduction a comme conséquence de faire du préambule un texte de clinique comme si l'auteur rapportait les propos du patient et ce en toute impudeur et ignorance grammaticale !

### 4 Quel est l'objectif thérapeutique ?

Si vous traduisez le segment T par : « Pour le libérer et faire en sorte que ses craintes/ses assombrissements<sup>120</sup> ne l'envahissent pas », vous vous dites que l'objectif thérapeutique semble être double : d'un côté il faut libérer le patient de la maladie dont il souffre (ici la maladie du parjure) et d'un autre côté il est assez tentant de penser que l'autre but explicite semble bel et bien être de protéger le patient de ses craintes ou de ses assombrissements. Le débat des traducteurs pour rendre le sens d'*adirtu* oppose peurs/craintes d'un côté à soucis/assombrissements de l'autre, mais pour vous cela ne change rien, cela revient à dire selon votre hypothèse que soit le patient est persuadé qu'une catastrophe imminente le guette (cf. *supra* la définition de la mélancolie dans le TLF), soit il est convaincu d'être dans une situation catastrophique : dans les deux cas, il est délirant ! Que veut donc dire l'expression : « pour qu'il

---

du masculin pluriel de l'indicatif dont le sens littéral avec une construction au datif est selon Bailly en parlant de personnes : « avoir affaire avec, avoir des relations avec ».

<sup>117</sup> Voir aussi Worthington (2009, p. 55) qui indépendamment a proposé cette traduction « adaptée » par ses soins de celle du traducteur anglais officiel d'Hérodote (A.D. Godley) : « having no use for physicians, they carry the sick into the *agora* », à un moment où l'article d'Attinger ne lui était pas accessible.

<sup>118</sup> Corroborée par Fales (2016, n. 21, p. 6-7).

<sup>119</sup> La traduction de Maul diffère notablement de celles des autres assyriologues : il fait du *mihru* « ein mit magisch kontaminierten Stoffen versehener 'Unheilsträger' ». Mais, à ce stade, vous n'êtes pas en mesure de savoir si son explication est recevable : il vous faudrait disposer des autres occurrences de *mihru*, notamment celle qui figure dans les lignes d'amorce à la fin de KAR 72 où le *mihru* pourrait passer pour un objet concret : <sup>r.18</sup>diš na lu-u ina a.ša lu-u ina ki-di lu-u ina ba-ma-a-[ti] <sup>r.19</sup>kuš.a kár.lá mi-ih-ru níg.ak.a meš hul.meš ana igi lú i[mhūršu] et il vous faudrait également vous interroger sur le sens de *gig himitti* que vous retrouverez dans BID p. 64, l. 4 (annexe 2).

<sup>120</sup> Vous n'osez pas traduire par idées sombres, ou humeur sombre.

ne soit pas envahi par ses idées/craintes délirantes » ? Serait-ce qu'il faille tout faire pour qu'elles ne se réalisent pas ? Comme si elles étaient porteuses de mauvais présages ?

### L'étude d'autres textes : vers une explication ominale du délire ?

Pour mieux comprendre, vous allez voir d'autres textes mentionnés par Stol (1999) que vous aviez délaissés au profit du seul BAM III-234, principalement ceux incluant *adāru* ou ses dérivés. Stol les présente dans ses paragraphes « Dejection and Rejection » (p. 60-61) puis « Fear and Concomitant Symptoms » (p. 61-63) puis « Fear as Initial Symptom » (p. 63-66).

- Un texte formule son objectif thérapeutique à la manière de BAM III-234<sup>121</sup> : Farber 1977, BID A Ia : 1-13<sup>122</sup>.

- D'autres textes ont un incipit sémiologique faisant appel au verbe *adāru*. Ce sont principalement un groupe de textes proches les uns des autres commençant par « if a man (/he) is constantly brought into fear (*ginā šūdūr*) » et extraits de 5 tablettes<sup>123</sup> :

Ms. A BAM III-316 ii 5'-25' (clinique en ii 5'-16', traitement en ii 17'-25')

Ms. B BAM III-315 iii 1-16 (clinique et traitement en un seul paragraphe)<sup>124</sup>

Ms. C STT I-95 130-144 (clinique : 130-137, traitement : 139-144)

Ms. D AfO 35, p. 21 (= BM 64174) : 1-8 (clinique et traitement)

Ms. E : E<sub>1</sub> SBTU II-22 i 16-38 (clinique : i 16-25, traitement : i 26-38)

E<sub>2</sub> SBTU II-22 i 39-46 (clinique et traitement)<sup>125</sup>

- Le texte : BAM III-316 v 4-14 (clinique : v 4-6, traitement en 5 paragraphes : v 7-14)<sup>126</sup>.

- Et deux textes ajoutant un préambule<sup>127</sup> avant la sémiologie : STT II-256 1-40<sup>128</sup> et SBTU II-22 ii 8-52.

### Farber et les incantations à Ištar et Dumuzi

En fait ce qui vous titille est subliminal ! Lors de votre première lecture de Stol (1999, p. 64) juste avant qu'il ne présente BAM III-234 vous êtes passé sur des phrases qui après coup vous intriguent. Ces phrases introduisent la présentation des 13 premières lignes du texte édité par Farber (1977)<sup>129</sup> ainsi : « Farber said that the man when learning of the angered gods already gets his 'fears' ... . They are 'Befürchtungen', Vorahnungen, ganz ohne Zweifel psychopathische Zustände wie (bei) Delusionen und Verfolgungswahn<sup>130</sup>. Further on, he seems to say that all the illnesses summed up in lines 1-12 are still *potential* dangers for the patient ».

<sup>121</sup> Cf. Stol 1999, p. 64 et 65 : « To undo ... so that his fears (= *adirātu*) do not reach him ... ».

<sup>122</sup> Il s'agit du texte établi par Farber dans son livre *Beschwörungrituale an Ištar und Dumuzi* (= BID) à partir de plusieurs sources et désigné comme « Hauptritual A Tafel I A ».

<sup>123</sup> Vous les nommez de A à E en vous inspirant des dénominations de Stol.

<sup>124</sup> Vous laissez de côté un Ms. B' signalé par Abusch (1999) qui est parallèle au Ms. B (cf. annexe 3).

<sup>125</sup> E<sub>2</sub> est supposé reprendre la clinique et le diagnostic de E<sub>1</sub> (du fait de son *šu.bi.aš.àm*) et il y ajoute un diagnostic de sorcellerie.

<sup>126</sup> Ce texte débute la sémiologie par : « *ginā adir*, il est constamment sombre/effrayé ».

<sup>127</sup> Un peu à la façon de BAM III-234, sauf qu'au lieu qu'il s'agisse de malheurs, il y est question d'un ennemi juré, capable de sorcelleries.

<sup>128</sup> À noter STT 256 1 dans lequel le sujet du verbe *adāru* n'est pas le patient mais son cœur : « his heart has been brought into fear (*libbašu šūdūr*) ».

<sup>129</sup> Ces 13 premières lignes sont translittérées (p. 56), transcrites (p. 64) et traduites (p. 65) par Farber (1977).

<sup>130</sup> Autant le délire de persécution (*Verfolgungswahn*) est bien connu, autant le terme « Delusionen » vous crée des difficultés, vous en faites une germanisation de l'anglais « delusions » faute d'avoir pu le retrouver dans les dictionnaires de langue allemande à votre disposition, médicaux et non médicaux.

Fidèle à la méthode que vous avez apprise dans le cours sur « comment lire un article scientifique », vous devez mener l'enquête : il vous faut vérifier et en avoir le cœur net, il vous faut aller aux sources. Bref, il vous faut ce texte de Farber.

Seulement, Farber ne se trouve pas sous le sabot d'un cheval ! Avec Googlebooks vous avez accès aux pages 36-40 et 64-68, respectivement consacrées à l'introduction et à la transcription de ce texte, mais ce n'est qu'un aperçu, si bien que vous commandez le livre sur abebooks.fr, à un libraire allemand offrant un prix n'entamant que peu votre paye d'interne.

Ce texte dans sa partie clinique comporte 13 lignes (cf. annexe 2).

La ligne 13 porte l'objectif thérapeutique : « *ana pašārimma adirātīšu lā kašādi(šu)*<sup>131</sup> *u muršī annūti ina zumrišu nasāhi* »

Vous placez l'une sous l'autre les traductions de Farber et de Stol et vous proposez la vôtre : « Um (diesen) zu lösen und zu verhindern, dass seine Befürchtungen (tatsächlich) ihm zustossen, sowie um diese Krankheitsbeschwerden aus seinem Körper zu entfernen » (Farber 1977, p. 65).

« To undo (the wrath of the god and goddess)<sup>132</sup> so that (-ma) his fears do not reach him, and to remove these illnesses from his body » (Stol 1999, p.64).

« Pour apporter une solution de telle sorte que ses craintes ne se réalisent pas et que ces maladies soient extirpées de son corps ».

Vous regardez la transcription établie par Farber des lignes 1 à 13 de son texte (cf. annexe 2).

En fait, pour vous ce texte est construit en deux parties. La première partie court sur les cinq premières lignes et se subdivise en quatre premières lignes énumérant divers agents pathogènes<sup>133</sup> et en une cinquième ligne qui constitue un corrélat étiologique aux maladies des premières lignes, nommément toutes sortes de colères divines à l'encontre du patient<sup>134</sup>. La deuxième partie (lignes 6 à 12) comporte une liste de symptômes cliniques (l. 6 à 12a) attribués également à une colère divine contre le patient (l. 12b).

Après une lecture attentive de Farber et de Stol à propos de l'objectif thérapeutique (l. 13), vous vous dites que ce qui, à votre sens, est difficile avec Farber, c'est que lors de sa présentation du plan de son texte (*op. cit.*, p. 26), s'il distingue bien au sujet de ces 12 lignes deux parties : l'une listant des « ätiologischen Bezeichnungen », l'autre énumérant des « gewisse Krankheitsbilder » ou qu'alors qu'il commente la ligne 13 (*op. cit.*, p. 40), s'il précise bien que « *adirātu* (ist) nur ein Teil dessen ... und steht mit E. gleichberechtigt neben *muršū* ... », il s'entête à vouloir unifier cette introduction en la qualifiant de 'Symptombeschreibung' (p. 26) ou en disant : « Die ganze Einleitung (Z. 1-12) kann ... als eine Aufzählung von ... Zuständen aufgefasst werden, die - gewissermassen als 'Symptome' einer krankheitserzeugenden Grundbedingung- ... durch *kimilti ili u ištari* ätiologisch erklärt werden » (p. 40). Il a raison de tout ramener aux colères divines comme voie finale étiologique commune mais selon vous, il faut maintenir la distinction des deux ordres de phénomènes (la liste des étiologies = ordre de l'explication et la liste des symptômes cliniques = ordre de la description) ce que Stol fait quand

---

<sup>131</sup> D'après la translittération, la transcription serait *kašādi* pour un texte, et *kašādišu* pour un autre.

<sup>132</sup> C'est vous qui mettez les parenthèses.

<sup>133</sup> Qui correspondent à autant de maladies : cf. sur ce point Chalendar (2013, p. 47) qui aborde en passant les noms de maladies en relation avec des agents pathogènes.

<sup>134</sup> « Wutausbrüche (*uzzānu*), Zorn (*uggatu*), Groll (*šibšāt*) ».

il fait la remarque que les maladies sus-nommées renvoient aux quatre premières lignes (celles avec les agents pathogènes) et que les peurs correspondent aux symptômes des lignes 6 à 12a. Vous êtes encore d'accord avec Stol pour dire que les maladies et les agents ont pénétré dans le corps du patient<sup>135</sup>.

Mais quand il en fait un argument pour s'opposer à Farber qui veut en faire des « still potential dangers » vous n'êtes pas d'accord : si la critique de Stol vous semble recevable pour les maladies (*ana ... murṣī annūti ina zumriṣu nasāḥi*), de votre point de vue, elle ne vaut pas pour les peurs (*ana ... adirātīṣu lā kašādiṣu*) et là vous préférez les positions de Farber (*op. cit.*, p. 39-40) qui fait d'*adirātu* « des craintes, des pressentiments » et pour tout dire : « sans aucun doute des états psychopathologiques comme les idées délirantes et le délire de persécution ». De plus, l'insistance de ce dernier pour dire que le but thérapeutique visé ici est d'empêcher que les mauvais pressentiments et idées délirantes ne puissent se réaliser ou de faire en sorte d'éviter la survenue dans la réalité de ce qui n'existe jusques là que dans le délire<sup>136</sup>, vous comble de bonheur ! Farber, voilà le soutien dont vous aviez besoin ! Il appelle même de ses vœux que son texte puisse bénéficier d'une lecture psychiatrique !

Bien sûr, Stol ne désarme pas, et pour le segment T de BAM III-234, il écrit : « It is possible that here (= BAM 234), again (cf. Farber 1977, p. 56), the 'fears' reflects the symptoms listed **after the losses**<sup>137</sup>, starting with 'melancholy' ». En clair, pas question pour Stol de faire des pertes une situation fictive et encore moins un symptôme psychiatrique !

### **Le groupe des 5 manuscrits**

Ce « club des cinq » retiendra votre attention, en vous fiant aux indications données par Stol (1999), mais en suivant aussi celles d'Abusch (1999) et de Scurlock (2005)<sup>138</sup> qui ont également étudié ces textes. De plus, l'arrivée toute récente à la bibliothèque d'AMD 8/2<sup>139</sup> vous permet d'accéder à ces textes en transcription (cf. annexe 3).

Vous observez qu'ils sont « sémiologiquement » proches de votre texte mais ce qui vous intéresse avant tout, suite aux questions que vous vous posez sur le sens d'*adāru*, c'est qu'ils ajoutent entre le diagnostic et l'objectif thérapeutique des précisions supplémentaires qui vous semblent nettement ominales. Ils ne « divergent » entre eux qu'en fonction de la longueur ou du nombre de propositions concernant le diagnostic, les ajouts ominaux, le but thérapeutique et les résultats thérapeutiques énoncés.

Vous détaillez ces textes, portion par portion, sans perdre de vue BAM III-234 !

---

<sup>135</sup> À preuve, le premier symptôme (*iṣagguma*) qui selon Stol (1993, p. 26) signale que les spectres pénètrent le corps du patient par les oreilles ! À preuve également la ligne 38 de l'incantation (Farber 1977, p. 67) dans laquelle le patient demande à la divinité : « die Krankheit ist in meinem Leibe ... . Reiss aus alles Böse, alles nicht Gute an meinem Körper », car même si tout le traitement de BID est la constitution d'un sachet protecteur, il s'y glisse tout de même une petite supplique à la divinité.

<sup>136</sup> « Denn das, was geschieht, wenn das Ritual seine Wirkung nicht erreicht, das reale Eintreten dessen, was bisher nur im Wahn existiert, ist ... » (Farber 1977, p. 40-41).

<sup>137</sup> C'est vous qui soulignez ! Oups ! Qui mettez en gras ! Dans cet article tout ce qui est souligné en gras est de votre fait.

<sup>138</sup> Ces textes (Ms A, B, C et D) sont précisément ceux qui servent de base à Scurlock pour son exemple 16.95 (délire de persécution, cf. *supra*). Quant à E<sub>1</sub> il sert comme exemple mixte de 'mournful or worried expression' (16.33) ou de 'heart problems' (19.110). Selon elle (2005, p. 458) ce texte décrirait des personnes stressées et/ou éprouvant une douleur thoracique.

<sup>139</sup> Abusch/Schwemer 2016 (signalement, courtoisie Mme C.)

## **Partie clinique :**

### A la sémiologie

Tous ces textes partagent la même sémiologie<sup>140</sup> et deux points principaux les séparent de BAM III-234 :

1 ils ne comportent aucun signe somatique dans la partie sémiologique (comme s'ils n'étaient consacrés qu'à des symptômes psychiques<sup>141</sup>)

2 leur construction est différente. En effet, dans ces textes, il n'y a pas de préambule, la partie sémiologique commence par : « Si un homme est constamment rendu craintif/sombre et se tourmente nuit et jour » et se finit par : « le 'brisement de cœur' est son lot (mot à mot : *placé sur lui*) ». C'est une construction inversée par rapport à BAM III-234 : on commence par le verbe *adāru* (être triste ou dans la crainte, ici sous la forme *šūdur*) et on finit par le *hīp libbi*.

Entre ce début et cette fin, donc au beau milieu de la partie sémiologique qui s'ouvre et se clôture avec des symptômes psychiques, on retrouve tout d'abord la mention de malheurs économiques : « il subit des pertes régulières, ses ressources sont coupées » et la mention de malheurs relationnels : « on le diffame, son interlocuteur lui parle faussement, un mauvais doigt est tendu dans son dos, il n'est pas accueilli dans son palais ». Ces mentions vous rappellent celles de BAM III-234 avec cette différence que singulièrement les difficultés économiques y figuraient en préambule. Que ces mentions figurent ici, dans la partie sémiologique, pourrait indiquer qu'on a à faire à des signes cliniques, en bref que ce sont des tourments et pas la réalité. Autrement dit, le fait que les signes économiques et relationnels soient ici encadrés, enchâssés dans de la clinique, pourrait suggérer que ces signes sont en réalité une illustration du « contenu idéique » de l'humeur sombre ou des craintes du patient, exprimées par ses propos. En bref, ils pourraient être des signes psychiques !

La partie « signes » se termine par la mention de rêves effroyables : « ses songes sont effrayants, continuellement en songe il voit des morts<sup>142</sup> » juste avant le brisement de cœur<sup>143</sup>.

### B le diagnostic étiologique

Comme étiologie tous mentionnent le même diagnostic que BAM III-234 : « le courroux du dieu et de la déesse est en permanence sur lui, son dieu et sa déesse sont fâchés contre lui », mais alors que BAM III-234 met en avant le diagnostic de parjure (qui est le centre de son traitement) tout en l'étouffant (cf. annexe 1, segments R et S), ces textes se partagent entre ceux

---

<sup>140</sup> Pour être honnête, E<sub>1</sub> (i 20) et donc E<sub>2</sub> ajoutent des pollutions nocturnes.

<sup>141</sup> Et comme, contrairement à BAM III-234, ils n'ont pas le diagnostic *māmītu*, vous vous demandez si ce ne serait pas la *māmītu* qui serait responsable des symptômes somatiques, signant sa présence dans le corps du patient.

<sup>142</sup> Cette dernière proposition est un ajout clinique qui ne figure pas dans BAM III-234. Une petite note de Chalendar (2013, n. 119, p. 49) vous apparaît éloquent : « Voir des gens morts étant voir des choses qui n'existent pas, pourrait-il s'agir d'une périphrase pour dire avoir des hallucinations ? ». Elle vous évoque la notion clinique de délire onirique, elle vous fait penser à Chastenot de Puysegur (1812) qui n'était pas médecin mais « ancien officier général d'artillerie » et qui a signé un opuscule resté célèbre dans le monde de l'histoire de la psychiatrie et dont le titre « Les fous, les insensés, les maniaques et les frénétiques ne seraient-ils que des somnambules désordonnés ? » suggère que les délirants étaient considérés autrefois comme des adeptes du rêve-éveillé ! Ce qui vous ramène aux resveries de Du Laurens.

<sup>143</sup> Cette place finale, avant le diagnostic étiologique, pourrait aller dans le sens des traductions de Stol (= mélancolie) et suggérer que *hīp libbi* résumerait les signes précédents désignant ainsi un syndrome qui pourrait être une sorte de diagnostic positif, mais cela nécessite une étude plus approfondie.

qui en restent à la colère comme les manuscrits C, D et E<sub>1</sub> et d'autres qui y ajoutent la sorcellerie (manuscrits A, B<sup>144</sup> et E<sub>2</sub>) : c'est ce point qu'Abusch (1999) étudie en détail.

### C les spécifications supplémentaires sont ominales

Contrairement à BAM III-234, tous ces textes<sup>145</sup> ajoutent des précisions divinatoires.

Ils ont tous comme élément commun une mention du type « *itti bārī šā'ili dīnšu lā iššer*, pour le devin ou l'oniromancien, son cas n'est pas 'droit'<sup>146</sup> » : B s'en contente mais C et D la reprennent et y ajoutent « *qabû lā šemû iššakkanšu*, dire et ne pas être entendu est son lot<sup>147</sup> » de même que A qui en plus fait précéder le tout de « *têrētūšu dalhā ilu šarru kabtu rubû šuzzuqūšu*, les signes d'extispicine le concernant sont troubles (du fait que ?) dieu, roi, puissant et noble l'ont fait se tourmenter ».

Quant à E<sub>1</sub>, s'il débute comme C et D avec « *itti bārī u šā'ili dīnšu u purussūšu lā iššer qabû u lā šemû iššakkanšu* », il y ajoute des spécifications plus mystérieuses que vous laissez de côté : *eli āmirīšu maruṣ ; našparû ekissu ; āmirīšu ana amārīšu lā ḥadi ; inaddinma lā innaddinšu*.

### D les buts thérapeutiques

Dans ces textes, contrairement à BAM III-234, l'énoncé du but thérapeutique n'est ni de libérer le patient de sa maladie ni de cantonner ses craintes, il s'exprime de deux façons : soit « *ilu u ištaru teslīssu leqê*, (pour que) le dieu et la déesse acceptent sa prière » (cf. B et E<sub>2</sub>), soit « *ana purussēšu parāsimma dīnīšu šutēšuri*, pour qu'une décision à son sujet soit prise de telle sorte que son cas soit redressé » (cf. C, D, E<sub>1</sub> et A qui une fois de plus s'avère singulier et plus bavard car il ajoute : *šunātīšu ana dummuqi ; alaktašu ana lamādi ; ubān damiqti arkīšu ana tarāši*).

L'une met l'accent sur la réconciliation avec les dieux, et semble reprendre ainsi le diagnostic étiologique de la colère divine, l'autre insiste sur la clarification ominale (laquelle de toute façon est du ressort des dieux) et fait ainsi indirectement ressortir l'importance d'un diagnostic ominal.

Pour vous, cette divergence d'énoncés entre BAM III-234 et ces textes n'est peut-être qu'apparente : le but du traitement pourrait en fait être le même pour le patient, non pas lui restaurer sa fortune mais le rassurer sur sa bonne fortune, faire en sorte que ses propos négatifs ne se réalisent pas, propos négatifs et irréalistes expliquant un diagnostic ominal sombre et confus voire déroutant ou impossible qu'il s'agit de corriger en le positivant ?

---

<sup>144</sup> B fait figurer la mention sur la sorcellerie selon le schéma : diagnostic étiologique 1 (colère divine), diagnostic ominal, diagnostic étiologique 2 (sorcellerie).

<sup>145</sup> À l'exception du texte E<sub>2</sub> dont cependant il n'est pas exclu que les spécifications ominales de E<sub>1</sub> soient sous-entendues dans le *šu.bi.aš.àm* (« = 'its action is the same', that is to say : 'Ditto'. » cf. Abusch 1999, p. 101).

<sup>146</sup> La lecture des différents auteurs à votre disposition ayant traduit ce type de formulation ominale vous rendent la tâche difficile, si beaucoup reprennent le modèle judiciaire et parlent de décision ou de verdict voire de jugement ou de cas, le sens du verbe *ešēru* hésite entre : être clair, positif, juste, droit ou en ordre. Parler à haute voix de choses qui n'existent pas ou du moins pas encore : est-ce potentiellement énoncer des prédictions ? C'est dans le fond la question que vous vous posez. Après tout, dans « prédire » il y a « dire » ! Si parler de choses négatives revêt une valeur ominale négative, le fait que celles-ci soient en contradiction avec la « réalité présente » pourrait-il expliquer que les devins ne puissent pas statuer sur le cas du patient (son diagnostic ominal est tordu !) et le fait de tenir des propos négatifs pourrait-il justifier qu'il faille s'assurer au plus vite qu'ils n'annoncent pas la « réalité future » ? Seuls les dieux ont la réponse !

<sup>147</sup> Un souci vous arrive : *qabû lā šemû* figurait dans la sémiologie de BAM III-234 alors qu'ici il semble appartenir à un autre domaine. Est-ce qu'il faut postuler une double valeur pour certains signes : une valeur de diagnostic clinique et une valeur de diagnostic ominal ? Comme les rêves ? Voir ci-dessous.

## partie thérapeutique :

### A nature du traitement :

Alors que BAM III-234 comporte un long traitement<sup>148</sup> contre la main du parjure, une véritable lutte contre la maladie qu'il s'agit d'extirper et d'envoyer au diable vauvert, ces textes comportent le même type de traitement : la pose au cou du patient d'un sachet d'ingrédients<sup>149</sup>. Ce type de traitement est considéré par Stol (1999, p. 62) ainsi : « the bags are an apotropaic measure for the future ». Face à un tel type de traitement, il est donc tentant, une fois de plus, de penser que les symptômes décrits dans ces textes ne correspondent pas à la réalité mais à des craintes qu'il faut empêcher de se réaliser.

### B les résultats thérapeutiques<sup>150</sup>

À propos des résultats thérapeutiques, Stol est d'avis que, même s'ils se résument à une seule proposition, ils valent pour tous les problèmes du patient : « we infer that all other problems (mental disorder, losses) will disappear at the same time<sup>151</sup> ». Vous faites vôtre cet avis, en lui prêtant une portée générale.

Dans BAM III-234 la seule mention de ce qui pourrait correspondre à un résultat thérapeutique se trouve à la ligne finale juste avant le colophon (cf. Maul 2010, p. 141) : « Das ihm (d.H. dem Patienten) anhaftende Unheil wird (dann) gelöst werden<sup>152</sup> », soit : « ḥul-šú du<sub>8</sub>-ir<sup>153</sup> », si bien que vous vous demandez ce qui se cache derrière le vocable général ḥul = Unheil : la réalité ou la potentialité et le mauvais présage<sup>154</sup> ?

Dans votre groupe de textes, les résultats sont plus divers et réfèrent en règle aux symptômes, au(x) diagnostic(s) étiologique(s) et/ou aux spécifications ominales et grosso modo vous constatez qu'il y a deux façons d'énoncer les résultats :

a) celle de C, E<sub>1</sub> et A :

*egerrūšu iššer ; šunātūšu damqā ; qabû u šemû iššakkanšu ; amēlu šū ilšu u ištarsu ittīšu salmū*<sup>155</sup>.

<sup>148</sup> Le traitement dans son intégralité (cf. Maul, 2010) comporte 56 lignes, réparties en 8 paragraphes.

<sup>149</sup> Certains textes ajoutent des incantations : A, B et C. C en plus du sachet évoquerait que ces ingrédients puissent aussi être donnés en onctions (*ina šamni*) et en potions (*ina šikari*) selon la lecture faite par AMD 8/2 même si Abusch (1999, p. 96) avait proposé initialement d'en rester au sachet avec la lecture : *ina kuš dū<sup>1</sup>.dū<sup>1</sup>-pī<sup>1</sup>*. Pour les ingrédients, vous retrouvez une partition entre A, C, D et E<sub>1</sub> d'une part et B et E<sub>2</sub> d'autre part. Les premiers comptent de 7 (D) à 9 plantes (A, C, E<sub>1</sub>) dont la triade *tarmuš*, *imhurlīm* et *imhurešrā* (avec E<sub>1</sub> qui ajoute des pierres) alors que les seconds (B, E<sub>2</sub>) ne comptent que 3 simples sans élément de cette triade.

<sup>150</sup> La lecture de BAM III-234 vous a permis de distinguer les résultats thérapeutiques demandés par le patient à la divinité dans les incantations et les résultats thérapeutiques proprement dits, énoncés par le médecin ayant rédigé ou dicté le texte et servant souvent de conclusion. Ce sont ces résultats dont il est question ici, ceux que Stol mentionne comme étant des promesses thérapeutiques (1999, p. 61 et 63).

<sup>151</sup> C'est ce que dit Stol (1999, p. 63) à propos de la formule finale de STT II-256 : « they will speak true words with him ». Vous êtes bien sûr d'accord avec lui, sauf que pour vous « losses » est à inclure dans les troubles mentaux, comme étant des idées de ruine ! De plus, ce but ultime de STT II-256 vous ouvre des perspectives à explorer : on va enfin parler vrai ou droit au patient (= il ne délirera plus ?).

<sup>152</sup> Vous retrouvez ce que Maul (2004, p. 88) exprimait ainsi : « Denn erst wenn die 'Quelle' des Unheils versiegt ist, kann der Mensch erfolversprechend von dem ihm anhaftenden Unheil befreit werden, das nun nicht mehr 'nachfließen' kann ».

<sup>153</sup> Courtoisie S. Maul.

<sup>154</sup> Si ḥul correspond à l'akkadien *lumnu*, le CAD L (p. 247) lui reconnaît des sens mélangés : « 1 misfortune, evil fate 2 ill portent 3 catastrophe, harm 4 misdeed, evil ».

<sup>155</sup> On notera que pour A *amēlu šū ilšu u ištarsu ittīšu salmū* est en tête. Par ailleurs vous notez qu'A et E<sub>1</sub> ajoutent quelques compléments que vous ne traiterez pas, A : *ilu šarru kabtu u rubû ittīšu izzazzū ; em ana dīni illaku dīnšu iššer*. E<sub>1</sub> : *ubān damiqti arkīšu ittarras ; inaddinma ma'diṣ innaddinšu ; eli amirišu tīb ; dabibi ittīšu kīti idabbub ; našparū iššeršu*, E<sub>1</sub> reprenant dans ses résultats les éléments particuliers de son diagnostic ominal.

b) celle de B et E<sub>2</sub> :

*urra u mūša niziqtu ul iṭeḥḥēšu ; išdiḥa irašši ēdiš adi šinišu arḥiš immar ; ubān damiqti arkīšu ittarraṣ ; ina ēkallīšu immangar ; šunātūšu lemnētu idātu ittātu ahātu idammiqā ; ina salīm ili u ištari innešer ; itti bārī u šā'ili dīnšu ušteššer*<sup>156</sup> ; *kišpī ruḥê rušû upšāšû lemnūtu ul iṭeḥḥūšu*.

Quand vous comparez ces deux versions, l'une courte, l'autre longue, diverses constatations vous apparaissent.

Les éléments communs sont :

- la réconciliation des dieux personnels, avec la formule *amēlu šū ilšu u ištarsu ittīšu salmū* ou avec cette autre *ina salīm ili u ištari innešer*. Vous retrouvez le rôle pivot de la colère des dieux personnels : « son dieu et sa déesse se réconcilieront avec lui ». Quant aux textes énonçant explicitement dans le diagnostic une manœuvre de sorcellerie (A, B, E<sub>2</sub>), une mention disant en substance que les sorcelleries ne l'atteindront pas est donnée (sauf en A), cf. : « *kišpī ruḥê rušû upšāšû lemnūtu ul iṭeḥḥūšu* ».

- et le fait de retrouver des rêves favorables.

De fait ces textes comportent tous comme résultat la mention que les rêves du patient vont devenir favorables (*šunātūšu damqā* ou *šunātūšu ... idammiqā*), que ceux-ci aient été qualifiés dans la partie sémiologique d'effrayants (*šunātūšu pardā*)<sup>157</sup> ou de mauvais (*šunātūšu lemnā*)<sup>158</sup>. Par ailleurs vous notez que B et E<sub>2</sub> en plus des rêves généralisent cette amélioration ominale à toute sorte de signes (*idātu*) et de présages (*ittātu*) pouvant même être qualifiés comme « étranges » (*aḥātu*). Tout cela change votre vision. Jusques là les rêves avaient pour vous une valeur de signe diagnostique clinique (signes d'angoisse) mais dans ces textes vous percevez aussi l'aspect « prémonitoire » des songes, annonceurs d'un futur, ici plutôt effrayant ! Ils participent à un diagnostic ominal et, après coup, eu égard à cette double valeur clinique et ominale, vous comprenez mieux pourquoi certains traducteurs de BAM III-234 avaient une préférence pour traduire *pardā* par « confus », là où vous n'entendiez qu'« effrayants ».

Mais ce qui vous intéresse surtout, c'est qu'avant cette mention sur les rêves, ces textes se distinguent : la longue énumération de B et E<sub>2</sub> (*urra u mūša niziqtu ul iṭeḥḥēšu ; išdiḥa irašši ēdiš adi šinišu arḥiš immar ; ubān damiqti arkīšu ittarraṣ ; ina ēkallīšu immangar*, jour et nuit plus (aucun) tourment ne s'approchera de lui ; il retrouvera des ressources ; il connaîtra personnellement jusqu'à un doublement rapide (de celles-ci), un doigt favorable sera pointé dans son dos, il sera reçu dans son palais) contraste avec la proposition singulière de C, E<sub>1</sub><sup>159</sup> et A : « *egerrūšu iššer* » si bien que vous avez la nette impression que cette dernière formule pourrait valoir comme résumé des énumérations détaillées de la première. L'expression *iššer* vous met sur la piste d'une rectification ominale qui possiblement corrigerait les aspects prémonitoires négatifs contenus dans les tourments du patient lesquels seraient centrés sur les vilenies économiques et relationnelles dont, selon vous, il pense être la victime. Quant à l'étude exhaustive du terme *egirru*<sup>160</sup>, ce sera pour les calendes grecques !

<sup>156</sup> E<sub>2</sub> : *itti bārī u šā'ili dīnšu u purussūšu ušteššer*.

<sup>157</sup> Ms A, B, C et D.

<sup>158</sup> Ms E<sub>1</sub>.

<sup>159</sup> Avec un petit doute pour *ubān damiqti arkīšu ittarraṣ* que E<sub>1</sub> reprend dans ses ajouts.

<sup>160</sup> Le sens double de l'expression « *egerrūšu iššer* » est perceptible en mettant côte à côte les traductions d'Abusch (1999, p. 99) : « the utterances about him will be well disposed » et d'Abusch/Schwemer (2016, p. 37) : « the (ocular) pronouncement for him will be positive ». D'un côté, la clinique (le patient n'est plus tourmenté par des

Pour ce qui est de la dernière expression des énoncés courts, « *qabû u šemû iššakkanšu*, parler et être entendu sera son lot », vous êtes toujours en proie aux tiraillements du double aspect, celui d'une guérison clinique<sup>161</sup> (« the power to speak and be heard will be his » Abusch 1999, p. 99 ou « he will enjoy speaking and being listened to » Abusch/Schwemer 2016, p. 43) et celui d'une guérison ominale (« speaking and being listened to are granted to him » Abusch/Schwemer 2016, p. 24 et 37).

En définitive, les énoncés courts pourraient constituer une sorte de résumé de l'état du patient après traitement, résumé en trois propositions portant sur ce qu'il entend, ce qu'il voit et ce qu'il dit. Les résultats thérapeutiques escomptés seraient autant du domaine de la guérison clinique (le patient n'entendra plus de voix malveillantes, il n'aura plus de visions effrayantes et il ne racontera plus des choses incompréhensibles) que du domaine de la guérison ominale (les puissances divines l'entoureront de propos positifs, elles rendront ses rêves propices, elles lui garantiront une bonne communication, notamment avec elles-mêmes).

Au final, dans ces textes, vous avez l'impression que le patient se faisait de fausses idées et que celles-ci étaient prises comme autant de prédictions confuses, inquiétantes et de mauvais aloi, des prédictions tordues le concernant<sup>162</sup> qu'il s'agissait de vérifier et de redresser.

En comparant avec BAM III-234 qui ne mentionne pas le recours à un diagnostic ominal, vous vous posez la question de savoir si dans ce texte, face à un tableau clinique qui associe signes physiques et mentaux (même si ces derniers ont valeur de mauvais présages), le fait de pouvoir établir un diagnostic de maladie (ici la maladie du parjure) et de pouvoir la traiter efficacement (en l'expulsant du corps du patient) ne serait pas ce qui contribue à l'inutilité d'une vérification oraculaire puisque le traitement (dans son but et on l'espère dans ses résultats) est censé écarter toutes les mauvaises pensées et dissoudre tous les mauvais présages. A contrario dans les autres textes que vous venez d'étudier, il n'y aurait que des symptômes psychiques, que des propos irréalistes et pessimistes faisant figure de sombres prophéties personnelles dont il faut infirmer la validité et dont il faut se prévenir pour le futur.

### **BAM III-316 v 4-6**

Mais vous avez un autre texte dans votre manche (ou plus exactement dans celle de Stol 1999, p. 64), certes succinct mais parlant (du moins, c'est ce que vous pensez), c'est BAM III-316 v 4-6 : « <sup>4</sup>diš na *gi-na-a a-dir ur-ra u ge<sub>6</sub> ina-ziq<sup>5</sup> mim-ma lem-nu ana na nu te-e giskim hul ana na u é-šú<sup>6</sup> nu gál-e kip-di hul.meš lú nu sá.sá*, si un homme est continuellement (d'humeur) sombre/craintive et se tourmente jour et nuit, pour que rien de mauvais<sup>163</sup> ne s'approche de cet homme, pour qu'aucun mauvais signe ne se porte sur cet homme et sa maison et qu'aucune mauvaise manigance n'atteigne cet homme ». Le traitement suit et consiste en la fabrication d'un collier de trois pierres à suspendre au cou du patient. Là encore, le collier apotropaïque n'est-il là que pour contrer le mauvais futur que ces tourments prédiraient, comme si les buts

---

racontars, on lui parle « droit »), de l'autre, la science ominale (le patient recevra une réponse oraculaire positive à ses sombres interrogations, réponse provenant bien sûr d'une divinité).

<sup>161</sup> En BAM III-234 *qabû lā šemû* était un signe clinique (cf. note 147).

<sup>162</sup> Il ne s'agit pas ici a priori de prédictions concernant le pays ou le roi, encore qu'il y aurait du grain à moudre dans ce domaine avec notamment l'expression « il sera reçu dans **son** palais » évoquée *supra* et que momentanément vous êtes obligés de comprendre comme le palais de son roi, le palais dont il dépend ou qu'il fréquente habituellement (quand il ne s'en sent pas écarté).

<sup>163</sup> Stol propose « Any Evil ».

thérapeutiques témoignaient des craintes et préoccupations du patient : peur qu'un malheur (ou que le présage d'un malheur) ne l'atteigne lui ou sa famille, peur d'être victime de quelque sorcier ? Là aussi, vous avez l'impression que le but du traitement est de protéger le patient de ses craintes ou de ses convictions, comme s'il s'agissait de mauvais pressentiments capables si ce n'est de faire surgir les malheurs (tels ceux exposés dans BAM III-234), du moins de les laisser présager.

### **STT II-256 1-40 et SBTU II-22 ii 8-52**

Quant à ces deux autres textes<sup>164</sup> qui vous ont été apportés par Stol, vous vous demandez si ce qu'en dit Stol : « Here, the man already has the feeling that the oracle will forecast doom. This is fear without hope » ne viendrait pas ajouter de l'eau à votre moulin<sup>165</sup>, c'est-à-dire que ceux que l'on veut soigner sont avant tout des malheureux désespérés, persuadés qu'il va leur arriver tous les malheurs du monde.

### **Vos propositions**

À la suite de ce parcours de tous ces textes supplémentaires, vous soulevez trois points.

1 La traduction d'*adāru* et de ses dérivés *adirtu/tadirtu* n'est pas facile, elle hésite entre craindre et être triste (cf. l'aphorisme d'Hippocrate), il est d'ailleurs possible que le sème d'*adāru* recouvre ces deux acceptions : crainte que le pire n'arrive ou certitude que le pire est arrivé. La première acception peut-elle constituer une sorte de mauvais présage ? Et la seconde un propos chimérique qui du simple fait de l'énoncer face aux évidences contraires, porterait en lui-même le risque de se réaliser ?

2 Qu'il s'agisse de craintes d'une catastrophe à venir ou de la conviction délirante d'être ruiné et persécuté vous élaborez vous-même un délire (une hypothèse !) du style : « *Imaginons qu'il soit clair pour les Anciens que le sujet qui doit être soigné délire complètement, c'est-à-dire que rien de ce qu'il dit n'est conforme à la réalité, se pourrait-il que ce genre de 'resverie' à la Du Laurens puisse avoir une valeur ominale comme ce peut être le cas pour les rêves ou les illuminations des prophètes<sup>166</sup> dans ces temps anciens, on pourrait alors considérer que les idées délirantes ou les craintes de même tonneau sont traitées par les Anciens comme des mauvais présages qu'il faut empêcher de se réaliser<sup>167</sup> ».*

3 Se peut-il que le terme mystérieux *inim.gar* (*egirrû*) soit impliqué ?

Quand vous soumettez cette idée et ces questions à Mme C., elle regarde dans le CAD (le dictionnaire d'assyrien de Chicago).

---

<sup>164</sup> STT II-256 : clinique : 1-19, traitement : 20-40. SBTU II-22 : clinique : ii 8-16, traitement par sachets constitués chacun de deux simples et d'une pierre : ii 17-23, puis traitement plus complexe : ii 24-52.

<sup>165</sup> De la même façon, vous êtes intrigués par le fait qu'un texte comme STT II-247 (cité également par Stol) qui a nombre de points communs avec les textes que vous venez d'étudier, puisse n'avoir comme traitement que des incantations pour faire de bons rêves ! C'est-à-dire pour faire en sorte d'avoir des rêves si ce n'est favorables du moins n'annonçant pas le pire !

<sup>166</sup> Qu'on les appelle prophètes ou extatiques, leurs propos ou leurs visions concernent généralement le pays tout entier ou son roi (façon Jeanne d'Arc !) et il est rare qu'ils parlent en leur nom.

<sup>167</sup> Vous avez noté le recours aux italiques quand les traducteurs ne sont pas sûrs et vous vous l'appliquez à vous-même, tant vous n'êtes pas sûr de votre fait !

À propos de l'expression *adirātu + kašādu* (segment T), elle vous signale quelques traductions qui pourraient aller dans votre sens<sup>168</sup>.

Elles se trouvent surtout dans les « apodoses » des textes divinatoires, construits sur le modèle si tel signe est présent (= protase), alors telle chose arrivera (= apodose)<sup>169</sup>, aussi bien en paléobabylonien (*awīlum a-di-ra-tu-šu i-ka-ša-da-šu*, the man's apprehension will be realized) qu'en « babylonien standard » (*rubû a-di-rat libbišu kur.meš*<sup>170</sup>, les sombres pressentiments du prince vont s'accomplir<sup>171</sup>).

À propos de *egirrû*, elle vous dit que c'est une piste à creuser vu le côté caverne d'Ali Baba qu'est le CAD E en ce domaine et puis elle vous laisse seul avec le CAD E auquel elle ajoute le résumé du dernier cours donné au Collège de France par le Pr Jean-Marie Durand (année 2010-2011)<sup>172</sup>. Et là, vous vous la jouez psychanalyste, façon attention flottante, en invitant sur votre divan à tour de rôle Léo Oppenheim, l'« editor-in-charge » du CAD E<sup>173</sup> et Jean-Marie Durand aux nombreux écrits prophétiques. Leurs mots, leur propos vous parlent !

Oppenheim : « utterance, mood, oracle, hallucinatory, acoustic »,

Durand : « dans un texte babylonien ... on met dans le même sac, l'*egerrûm*, le *šuttum* (rêve) et la *birûtum* (vision) », « l'*egerrûm* [est] entendu 'devant soi', 'derrière soi', 'à côté...', etc. ... ; pour l'étymologie on posera \*YGR ... [*qu'on rapprochera*] de l'arabe WaġaRa [qui signifie 'faire entendre à quelqu'un quelque chose de désagréable'<sup>174</sup> »,

Oppenheim : « *inim.gar šipir maḥḥê*, *egirrû*-omens (received) by ecstasies ... »,

Durand : « les *muhhûm* sont désignés par un terme qui signifie 'fou', .... *Muhhûm* signifie ... 'ne pas aller bien de la cervelle' » ; « (ils) étaient considérés, ..., comme des malades ou des déséquilibrés »<sup>175</sup>.

Ce rapport à la folie des *egirrû*, vous le retrouvez curieusement dans l'article de Mme C. (Chalendar 2013, p. 17) quand, en présentant la liste lexicale Igituh (dans sa version longue), elle fait remarquer qu'après le terme qu'elle étudie (*šinīt tēmi*, dérangement mental, déraison, etc.), apparaissent, dans cette liste, des mots « appartenant au champ lexical de la 'mauvaise parole' ». Sur les sept termes en akkadien, de cette liste, quatre appartiennent à vos textes, ce sont *karšu* (calomnie), (*e*)*girrû* (rumeur), *lā kittu* (faussetés) et *nullatu* (propos insensés<sup>176</sup>).

---

<sup>168</sup> De plus, dans le CAD A/1 (p. 127), elle vous signale dans la même veine, un résultat thérapeutique : « you recite the incantation and *ša i-ta-nam-da-ru la ikaššassu*, whatever he has long been afraid of will not befall him » (RS 2 140 K.8094 : 56) et un objectif thérapeutique qui n'est autre que celui du texte de Farber et qui est traduit d'une façon qui vous sied : « (the purpose of this incantation is) to prevent his apprehensions from becoming realized and to remove these illnesses from his body ».

<sup>169</sup> Soit la structure que les textes médicaux empruntent !

<sup>170</sup> Certains auteurs restituent un *-šû* après *kur.meš*, d'autres non.

<sup>171</sup> Traduction en réalité empruntée à Heeßel (2012, p. 149) : « Die dunklen Vorahnungen des Fürstens werden eintreffen ». Seux (1976, p. 326 par exemple) parle d'appréhensions du cœur.

<sup>172</sup> Cf. Durand, 2012.

<sup>173</sup> Vous faites l'hypothèse que c'est Oppenheim, auteur d'un article sur le sujet (Oppenheim, 1954-1956), qui est le principal instigateur de l'article *egirrû* du CAD.

<sup>174</sup> *Ibid.*, p. 392-393.

<sup>175</sup> *Ibid.*, p. 394 et 397.

<sup>176</sup> Cf. STT II-256 3 mais aussi BAM III-316 iii 8'-iv 10 (passage truffé de gaz *ša* et de *nullati*) et BAM III-316 vi 4'-13' (dont la clinique associe au fait de proférer des inepties, de sérieux signes de folie). Par ailleurs vous n'êtes pas sans remarquer qu'une des écritures en sumérogrammes de ce mot dans cette liste : KA.nu.gar.ra semble être le contraire de *inim.gar* (propos non établis versus propos établis ?), cf. à ce propos Durand (2012, p. 393) qui postule KA.GAR = INIM.GAR = I<sub>5</sub>.GAR pour en faire une sorte de « décalque sumérien remotivé du terme akkadien » *egirrû*).

Quant aux autres termes, les dictionnaires (courtoisie Mme C.) vous disent que leur appartenance au monde médical n'est guère attestée : *šubû* n'existe que dans cette liste, *tēkītu* (prétexte) a une préférence pour les textes épistolaires paléobabyloniens<sup>177</sup>, *šillatu* (impudence) ne doit son existence médicale qu'à un cheveu<sup>178</sup>, et pourtant son écriture en sumérogrammes « KA.é.gal » vous intrigue car elle semble pouvoir être décomposée en « parole » (ka) et palais (é.gal), ce qui vous évoque les passages dans vos textes dans lesquels le patient dit être mal venu au palais.

Les fous, c'est bien connu, délirent, c'est même à ça qu'on les reconnaît, ils voient ou entendent des chimères, ils tiennent des propos sans fondement, ils racontent n'importe quoi, on ne les comprend pas, les spécialistes de la divination appelés à leur chevet y perdent leur latin. Comment étaient accueillis leurs propos chimériques, comment étaient considérés leurs rêves effroyables ou le fait qu'ils puissent voir des morts<sup>179</sup> ? Y voyait-on outre l'aspect clinique (ce sont des malades) de mauvais présages pour les intéressés eux-mêmes qu'il fallait empêcher de se réaliser ?

Avoir peur de perdre les siens, de perdre ses biens, de perdre son statut social constituent à n'en pas douter des peurs terriblement et banalement humaines et on conçoit bien que la survenue réelle de tels malheurs soit néfaste pour l'individu et puisse le rendre malade, notamment lui « briser le cœur », mais c'est ce même aspect terriblement humain qui fait que ces peurs peuvent tout aussi bien servir de thème à des états pathologiques marqués par la déraison et une imagination excessive ou délirante.

Pour BAM III-234, vous avez opté pour le 'tout pathologique' et non pour une simple réaction à des événements de vie négatifs, mais vous sentez bien que vous avez postulé et que vous n'avez pas démontré et que vous vous trouvez à l'opposé du bon sens assyriologique de plusieurs auteurs<sup>180</sup>. Evidemment, si vous arriviez à démontrer que ce ne sont pas des faits réels avec leurs conséquences morbides qu'on essaye de soigner mais bien des propos délirants à valeur ominale négative, cela donnerait à votre hypothèse du « tout délire » de la vigueur, mais en tout état de cause, vos arguments sont ténus. Mais vous ne pouvez plus reculer et donc vous passez en force, si bien que pour en revenir à votre sujet à savoir : la mélancolie a-t-elle été médicalement décrite avant Hippocrate ? Vous répondez avec aplomb : oui ! Mais il faudra ultérieurement étayer vos dires.

### **Avant de conclure**

Ainsi, vous ne pouvez pas vous baser sur un seul texte dont d'ailleurs vous devrez poursuivre l'étude clinique (reprendre les passages incompris, essayer de résoudre les divergences entre traducteurs) et y ajouter les aspects étiologiques et thérapeutiques que vous avez négligés.

Il vous faudra aussi discuter le statut de votre texte puisque vous n'en produisez réellement qu'un seul comme preuve de vos dires. Kinnier Wilson, lui-même (Ritter/Kinnier Wilson 1980,

---

<sup>177</sup> Toutefois le CAD T (p. 326) évoque son apparition furtive dans le commentaire d'un possible texte médical.

<sup>178</sup> Le commentaire médical BRM 4 32 :2 semble dire qu'un des troubles comportementaux possibles chez un patient souffrant de « šu.dingir.ra, Main-du-Dieu » pourrait être : « *šillat iqabbi*, (he= le patient) speaks blasphemy », cf. Geller 2010, p. 171 et CAD N/2 p. 139.

<sup>179</sup> Voir même de converser avec eux.

<sup>180</sup> Une conciliation entre ces points de vue opposés n'est toutefois pas impossible si on se souvient de la vignette clinique d'Esquirol (cf. supra : « Arguments en faveur de l'explication délirante ») selon laquelle le négociant déclare sa mélancolie délirante avec idées de ruine à la suite de « quelques pertes légères ».

Reynolds/Kinnier Wilson 2013 et 2014), insiste pour dire que ce texte est particulier par sa longueur et pose la question de savoir si à l'origine il ne s'agirait pas de la description d'un cas clinique unique<sup>181</sup> ou si c'est un tableau clinique détaillé, dérivant de l'observation de nombreux exemples, conformément à l'usage médical babylonien traditionnel. Par ailleurs, Abusch (1999) dans sa façon d'aborder les textes postule que selon lui certains textes, surtout s'ils sont longs, seraient construits par ajouts successifs au cours du temps en fonction notamment d'hypothèses étiologiques différentes d'une époque à l'autre ce qui peut amener à des inserts au sein même de la clinique et dans BAM III-234 vous ne manquez pas d'hypothèses étiologiques (cf. segment S).

Enfin, il faudra vous affronter aux énoncés suivants de Reynolds/Kinnier Wilson (2013) : « Babylonian accounts of mental illness are notable for their objectivity and the absence of subjective feelings and thoughts » ou « ... the author (= l'auteur du texte BAM III-234) does not describe subjective thoughts or feelings, but does observe ... » qui ne sont pas très favorables à votre idée de commencer votre traduction du texte par « si un homme dit (/se plaint/redoute d') être confronté à un malheur », c'est-à-dire de faire l'hypothèse que l'on est d'emblée dans le discours du patient et que ses propos, non validés par la réalité, sont des signes médicaux ayant une valeur clinique et ominale.

En plus de ce texte, non seulement il vous faudra traiter tous les textes médicaux se rapportant à votre sujet (cf. Stol 1999, etc.) mais aussi voir ce qui se passe dans la littérature (cf. les textes évoqués par Couto-Ferreira 2010, pour commencer) et dans les lettres notamment celles de Mari éditées par Jean-Marie Durand<sup>182</sup>.

Il faudra aussi étudier un à un les termes « dépressifs » évoqués par Kinnier Wilson (Reynolds/Kinnier Wilson 2013) ou par Couto-Ferreira (2010) non présents dans votre texte comme par exemple *ašuštu*, *gilittu*, *nissatu*, *puluhtu* et *zikurrudû*.

Et si vous deviez poursuivre votre hypothèse sur la valeur ominale des idées ou propos supposés délirants du patient, vous devrez vous attaquer à la grande science de l'époque : la divination. En bref, tout un travail non pas de Romain, mais bel et bien d'assyriologue vous attend !

## Conclusion

Mais pour l'heure, vous avez votre texte, vous n'allez donc pas rendre copie blanche au Pr D.<sup>183</sup> et si votre copie vous apparaît osée, vous vous persuaderez qu'il vaut mieux lancer des hypothèses même fantaisistes que de ne jamais publier, à charge aux autres de les critiquer ou de les ignorer.

---

<sup>181</sup> « The sufferer (or possibly other sufferers) is the head of a household, a wealthy land-owner with a large staff, somewhat equivalent to the 'Lord of the Manor' in feudal England ». Dans ce cas il s'agirait d'une observation du type de celles rencontrées dans les ouvrages Epidémies du Corpus Hippocratique. Toujours est-il que c'est cela qui explique pourquoi dans sa traduction il tient à maintenir le terme paléobabylonien *awilum* et à préciser dans sa traduction qu'il s'agit d'un « head of the household ».

<sup>182</sup> Cet auteur (Durand, 2000, n. a, p. 421, obtenue grâce à l'index !) donne comme Stol et non pas comme Scurlock, un sens métaphorique à *hip(i) libbi* : « brisement du cœur », « chagrin » et mentionne deux occurrences : « <sup>d</sup>*dagan hi-ip šà-[ka<sup>?</sup>] a-nu-mi-am [l]i-š[u-uh]*, veuille Dagan supprimer tes soucis actuels » et « *am-mi-nim ka-ia-an-tam hi-pi li-ib-bi-i[m]*, *be-lí iš-ta-na-ap-pa-ram*, pourquoi mon Seigneur ne m'écrit-il jamais que des sujets tristes ? ».

<sup>183</sup> Il est grand temps, vous venez d'apprendre que le Pr D. va contribuer au chapitre sur la clinique de états dépressifs dans un futur manuel du Pr G. (Dardennes/Al Anbar, à paraître) ce qui vous obligerait à accorder les critères dépressifs à ses vues.

Fort de cet enthousiasme juvénile, vous irez même jusqu'à conclure, en faisant appel à deux paragraphes qui se suivent dans le texte BAM III-316 et en les traduisant une fois de plus en mélangeant les styles et les pistes.

BAM 316 iii 8'-10'<sup>184</sup> : « diš na šà-šú gaz.meš-šú *pi-qam* nu *pi-qam i-par-ru-ud* na bi dab-ti dingir u <sup>d</sup>*aš<sub>11</sub>-dar* ugu-šú gál-ši dingir-šú ki-šú *ze-ni*, si un homme a durablement la sensation que son cœur est « brisé » et qu'il est sans cesse<sup>185</sup> effrayé : cet homme, le courroux du dieu et de la déesse est sur lui, son dieu est fâché contre lui ».

BAM 316 iii 13'-14'<sup>186</sup> : « diš na gaz šà-*bi* tuk.meš-ši ud u ge<sub>6</sub> *pu-luḫ-tú* tuk-ši dingir-šú ki-šú *ze-ni*, si un homme a durablement le cœur « brisé » et que nuit et jour il est terrifié : son dieu est fâché contre lui ».

En les transformant en aphorismes, cela donne : « si chagrin et crainte durent longtemps, c'est en relation avec une colère divine ».

Et vous irez même jusqu'à écrire, qu'il pourrait s'agir ici de précurseurs à l'aphorisme hippocratique VI 23, sauf qu'au lieu de la bile noire, vous avez la colère que vous supposez aisément noire du dieu personnel<sup>187</sup> !

Mais votre ultime conclusion sera de donner la solution à la définition « passage clouté » des mots croisés que vous étiez en train de faire, quand tout ce roman-photo<sup>188</sup> a débuté : « Bon sang, mais c'est bien sûr ! C'est cunéiforme<sup>189</sup> ! ». Et vous ne pourrez pas poursuivre vos recherches sur la mélancolie en Mésopotamie ancienne, sans y couper : un long chemin de clous vous attend.

---

<sup>184</sup> Exemples 8.8 et 19.109 de Scurlock/Andersen, 2005.

<sup>185</sup> Vous avez choisi la traduction de Scurlock. Il vous faudra vérifier si elle tient la route.

<sup>186</sup> Exemples 8.17 et 16.18 de Scurlock/Andersen, 2005.

<sup>187</sup> Votre dictionnaire de synonymes favori (Bertaud du Chazaud, 2007) donne atrabile comme synonyme de la colère.

<sup>188</sup> À l'origine, la communication était illustrée des photos des divers protagonistes de ce roman.

<sup>189</sup> Évidemment, le lecteur curieux qui s'apercevrait qu'il s'agit de la grille de mots croisés de Jacques Drillon (problème n° 1156), parue dans un numéro de l'Obs de février 2016, comprendrait aisément que tout ceci n'est que fiction si ce n'est pour les personnages, du moins pour les dates et que ce texte n'en est pas à une invraisemblance diégétique près !

**Annexe 1** : Document de travail : BAM III-234, partie « clinique »<sup>190</sup>.

### **Segments A à D = préambule**

**A <sup>1</sup>diš na mi-ih-ru ma-hi-ir-ma ki-i im-hu-ru-šu ul i-d[e]**

If an *awīlum* has had a (long) spell of misfortune — and he does not know how it came upon him — so that [JKW 1, If an *awīlum* (or specifically the head of a household) JKW 2, If an *awīlum* (or head of a household) JKW 3]

*a man confronted with misfortune (miḫru), not knowing how this could have happened to him* [MS 1]

If a man has experienced something untoward and he does not know how it happened to him; [TA]

Wenn einem Mann ein *miḫru*<sup>191</sup> entgegengestellt ist, er aber nicht [weiß], daß er es entgegennahm » [SM 1, 2]

If something untoward has happened to a person and he does not know how it happened to him [JAS]

Si un homme rencontre des adversités mais ne sait pas comment il les a rencontrées, [NZ]

**B <sup>2</sup>hul-qu zi.ga ka-a-a-nam tuk.tuk-ši**

he has continually suffered losses and deprivation (including) [JKW 1, 2, 3]

he has continually suffered losses: [MS 1, TA]

(wenn ein Mann) beständig und immer wieder Schaden und Verlust erleidet ; [SM 1, wenn dieser Mann SM 2]

(s)'il subit sans cesse des pertes – [NZ]

**C ši-i-ti še-am u kas-pi <sup>3</sup>zi.ga lú ir u géme**

losses of barley and silver and losses of slaves and slave-girls, [JKW 1, 2, 3]

losses of barley and silver, losses of male and female slaves, cattle, horses and sheep; [MS 1]

losses of barley and silver, losses of male and female slaves, [TA]

(er) einen Verlust an (den Zahlungsmitteln) Gerste und Silber [erleidet] ; einen Verlust an (den Arbeitskräften) Knecht und Magd (erfährt); [SM 1, (wenn er) SM 2]

pertes de grain ou d'argent, pertes en esclaves, hommes ou femmes, [NZ]

**D gu<sup>4</sup>.meš anše.kur.ra.meš u us.udu.ḫi.a ur.gi<sup>7</sup>.meš ša[h.meš] <sup>4</sup>ù nam.lú.u<sup>18</sup>.lu mit-ḫa-riš im-da-nu-tú**

and there have been cases of oxen, horses, sheep, dogs and pigs, and even (other) *awīlū* (in his household) dying off altogether; [JKW 1, 2, and even others in his household JKW 3]

dogs, pigs, and servants dying off altogether: [MS 1]

cattle, horses, and sheep; dogs, pigs, and servants dying off altogether; [TA]

(wenn) Rinder, Pferde und Kleinvieh, Hunde, Schweine und Menschen gleichermaßen immer wieder sterben [SM 1, zu Tode kommen SM 2]

bœufs, chevaux ou petit bétail, chiens, cochons ou en personnel, qui ne cessent de mourir, [NZ]

*he is experiencing financial losses and animals and people in his household are dying* [JAS]

---

<sup>190</sup> N.B. : découpage du texte en segments de A à T, les chiffres en exposant correspondent aux lignes du texte cunéiforme (face de la tablette). À noter pour les lecteurs assyriologues que la translittération s'éloigne quelque peu de leurs standards : elle n'est pas une édition de texte en bonne et due forme (qui serait hors sujet dans ce récit).

Les différentes traductions sont désignées comme suit : ECF = Couto-Ferreira 2010, JAS = Scurlock/Andersen 2005, JKW 1 = Ritter/Kinnier Wilson 1980, JKW 2 = Reynolds/Kinnier Wilson 2013, JKW 3 = Reynolds/Kinnier Wilson 2014, MS 1 = Stol 1993, MS 2 = Stol 1999, NZ = Ziegler (2015), SM 1 = Maul 2004, SM 2 = Maul 2010, TA = Abusch 1999.

<sup>191</sup> Ein mit magisch kontaminierten Stoffen versehener « Unheilsträger ».

## Segments E à Q = description clinique

### **E gaz šà-bi tuk.tuk-[šì]**

if he has frequent nervous breakdowns, [JKW 1, 2, 3]

he has heart-break time and again; [MS 1, TA] he always gets melancholy; [MS 2]

(und) er immer wieder das Selbstvertrauen verliert (nämlich): [SM 1,2]

he continually has a crushing sensation in his chest, [JAS]

If he has *hīp libbi* (lit. breaking of the insides) frequently, [ECF]

(s)'il a sans cesse le cœur brisé, [NZ]

### **F <sup>5</sup>du<sub>11</sub>.ga nu še.ga sa-su-u la a-pa-lu**

and from constantly giving orders with no(one) complying, calling with no(one) answering, [JKW 1, 2, 3, ECF sans and from]

constantly giving orders but no (one) complying, calling but no (one) answering, [MS 1]

speaking but no acceptance, shouting but no answer, [MS 2]

he constantly gives orders but no (one) complies, calls but no (one) answers; [TA]

Anweisung geben, ohne daß dem willfahren wird; Rufen, ohne daß geantwortet wird; [SM 1,2]

speaking and not being heard, calling out and not being answered, [JAS]

(s)'il donne des ordres sans obtenir obéissance, (s)'il appelle sans avoir de réponse, [NZ]

### **G i-zi-ir'-tú ka un.meš ħi a [x]**

and striving to achieve his desires while having (at the same time) to look after his household, [JKW 1, 2, 3]

the curse of numerous people, [MS 1, TA avec « ; », ECF]

the cursing in the mouths of people is much, [MS 2]

sich dem Begehren, das die Leute formulieren, bereit[stellen]; [SM 1, (formulieren), bereit[stellen] SM2]

(and) [not attaining] commonly desired things; [JAS]

(...) [NZ]

### **H <sup>6</sup>i-na ki.ná-šú mud.mud-ud**

he shakes with fear in his bedroom and [JKW 1, 2, 3]

he is all the time apprehensive when lying (in his bed), [MS 1]

when lying (in his bed) he is repeatedly apprehensive, [TA]

he is apprehensive when lying (in his bed), [MS 2]

(wenn) er in seinem Bett immer wieder in Schrecken gerät (und) [SM 1, 2]

he continually shudders in his bed, [JAS]

he is nervous when lying (in the bed), [ECF]

(si) dans son lit il ne cesse d'avoir des frayeurs, [NZ]

**I ri-mu-tu tuk-ši**

his limbs have become ‘loose’ [JKW 1, ‘weak’ JKW 2, weak JKW 3]

he contracts paresis, [MS 1, TA, lameness, MS 2, paralysis ; ECF]

Lähmungszustände bekommt; [SM 1, 2]

he has limpness [JAS]

(s)’il subit des paralysies, [NZ]

**J a du bi nu te šú ana dingir u lu[gal] ʔšà-bi-šú ma-li**

to an extreme degree; if he is filled with anger against god and king; [JKW 1, 3]

if because of this condition he is filled with anger against god and king; [JKW 2]

he is filled with anger against god and king until his epileptic fit (?), [MS 1, TA, ECF]

... his body, towards god and king he is full of anger, [MS 2]

(wenn) sein Wandel ihn nicht nahebringt dem Gott und dem Kö[nig]; (wenn) während er unter Völlegefühl leidet (?), [SM 1, 2]

as regards his shape (i.e., he looks like a wet dishrag), he is continually enraged against god and king, [JAS]

(si) son cœur est en colère contre le dieu et le roi, jusqu’à en faire une crise, [NZ]

**K mi-na-tu-šú dub.dub-ka’**

if his limbs often hang limp, [JKW 1, 2, absent en JKW 3, ECF]

his limbs are hanging down, [MS 1, TA]

his limbs are “poured out”, [MS 2]

seine Gliedmaßen immer wieder «hingeschüttet» sind, [SM 1, 2]

his limbs are continually tense, [JAS]

(si) ses membres sont baissés (c’est-à-dire inactifs), [NZ]

**L pi-qa la pi-qa i-pár-ru-ud**

and he is sometimes so frightened that [JKW 1, 2, and if he is ... JKW 3]

from time to time he is apprehensive, [MS 1, TA]

he is panicking from time to time, [MS 2]

(und) er dann und wann erschrickt; [SM 1, (und) er das ein und das andere Mal aufschreckt ; SM 2]

he incessantly shudders, [JAS]

and he is sometimes nervous, [ECF]

s’il a des accès de crainte, [NZ]

**M 8ur-ra u ge6 la ná-lal**

he cannot sleep by day or night and [JKW 1, 2, 3, ECF]

he does not sleep day or night, [MS 1, 2, TA]

(wenn) er bei Tage und bei Nacht nicht schlafen kann; [SM 1, Tag SM 2]

he cannot sleep day or night, [JAS]

(s)’il ne dort ni de jour ni de nuit, [NZ]

**N máš.ge6.meš pár-da-a-ti igi.dus.a.meš**

constantly sees disturbing dreams; [JKW 1, 2, 3, ECF]

he often sees confused dreams, [MS 1] he always sees confused dreams, [MS 2]

he often sees terrifying dreams, [TA]

(wenn) er immer wieder schreckliche Träume sieht (und) [SM 1, 2]

he continually sees troubled dreams, [JAS]

(s)’il fait régulièrement des cauchemars, [NZ]

**O *ri-mu-tu tuk.tuk***

if he has an (ataxic) ‘looseness’ in his limbs (from) [JKW 1, if he has a “weakness” in his limbs (from) JKW 2, if he is weak (from) JKW 3]

he often gets paresis, [MS 1, TA]

he contracts lameness all the time, [MS 2]

Lähmungszustände bekommt; [SM 1, 2]

he continually has limpness, [JAS]

he frequently contracts paralysis, [ECF]

(s)’il devient régulièrement paralysé, [NZ]

**P *’ninda u kaš muṭ-ṭu***

not having enough food and drink; [JKW 1, 2, 3]

his appetite for bread and beer is diminished, [MS 1, TA]

he has little interest in food or beer, [MS 2]

(wenn) er, kaum zu essen und zu trinken vermag, [SM 1, (wenn) er, während er kaum SM 2]

his appetite for bread and beer is diminished, [JAS]

he (has) few bread and beer, [ECF]

(si) pain et bière ne l’intéressent plus, [NZ]

**Q *i-qab-bu-ú i-maš-ši***

and if (in speech) he forgets the word which he is trying to say; [JKW 1, 3; JKW 2 ajoute (cannot find) après he forgets]

he forgets the word he spoke: [MS 1, TA, ECF]

he forgets the word that he has spoken. [MS 2]

das, was er sagt, (gleich) wieder vergißt. [SM 1, vergißt : SM2]

(and) he forgets whatever he says, [JAS]

(s)’il dit une parole et l’oublie : [NZ]

## Segments R à S = le diagnostic

### R premier diagnostic

**R lú bi šib-šat dingir u dingir u.dar ugu-šú tuk-ši<sup>10</sup> dingir-šú<sup>dingir</sup> u.dar-šú ki-šú ze-nu-ú**  
then, as for that *awīlum*, the anger of (his) god and goddess is upon him. [JKW 1, 2, JKW 3 omet as for that *awīlum*]. (Since) his god and goddess are angry with him, [JKW 1]  
that man has the wrath of the god and/or the goddess on him; his god and his goddess are angry with him [MS 1, TA, ECF]

Was diesen Mann anbetrifft: Der Zorn von Gott und Göttin ist ihm immer wieder auferlegt. Sein (persönlicher) Gott und seine (persönlichen) Göttin sind zornig mit ihm. [SM 1, (persönliche) Göttin SM 2]

the anger of god and goddess are upon him (and) his god and goddess are angry with him. [JAS]  
Cet homme subit la colère de son dieu ou de sa déesse, son dieu ou sa déesse ont de l'hostilité contre lui. [NZ]

### S autres diagnostics

**S diš na bi šu.nam.érim.ma šu.dingir.ra<sup>11</sup> šu.nam.lú.u<sub>18</sub>.lu gig hi-im-ma-te gig ár-ni ad u ama šeš u nin<sup>12</sup> im.ri.a im.ri.a im.ri.a dab-šú-ma**

if that *awīlum* should (subsequently) become ill with *qāt māmīti*, *šudimmerakku*, *qāt amēlūti* or *muṣ ḥimmāte*, the iniquities of father and mother, brother and sister, of clan, kith and kin, will have taken hold of him. [JKW 1]

Für diesen Mann (gilt) : an der « Hand des Bannes », an der « Hand des Gottes », an der « Hand der Menschheit », an der « Krankheit des Zusammengekehrten » ist er erkrankt. Die Schuldenlasten des Vaters und der Mutter, des Bruders und der Schwester, der Familie, des Geschlechtes (und) der Sippe packten ihn. [SM 1, **en gras** ce qui est ajouté en SM 2]

(In order to loosen) “hand” of curse (anorexia); “hand” of god (ill-defined or stress-related illnesses), or “hand” of mankind-sorcery or being sick with an illness involving (hysterical) paralysis or the sins of his father or mother, brother or sister or most distant relations that afflict him [JAS]

Si cet homme est malade par l'emprise d'un serment, par la main d'un dieu, de l'emprise d'humains, de fièvre, (si) la faute du père ou de la mère, du frère ou de la sœur, de la famille de sang ou de la famille par alliance l'a saisi, [NZ]

## Segment T = le but thérapeutique

**T a-na duḥ-ta-ri-šú-ma a-di-ra-te-šú a-na la ka-šá-d[i-šú]**

To release him, and so that he shall not be overcome by his anxieties: [JKW 1, “fears” JKW 2]  
to release him, so that his fears will not overwhelm (*kašādu*, lit. “reach; conquer”) him. [MS 1]

To undo (it) so that (-ma) his fears do not reach him. [MS 2]

In order to loosen .... and for his worries not to “get” that person [JAS]

Um davon zu entbinden, so daß die ihm (anhaltenden) Verfinsterungen nicht [an ihn] Hand anlegen können : [SM 2]

alors pour le guérir afin que ses soucis ne s'emparent pas de lui (...) [NZ]

### le traitement suit

## Annexe 2 : 13 lignes de Farber

Il s'agit de la transcription des 13 premières lignes du texte BID A Ia, empruntées à Farber (1977, p. 64) et présentées sous forme d'un plan<sup>192</sup>.

### A liste d'agents pathogènes en rapport avec une colère divine :

#### les agents

1 *šumma amīlu qāt eṭemmi iṣbassu bennu iṣbassu [miqit šam]ē iṣbassu*

2 *sanḥulḥāzu iṣbassu bēl ūri iṣbassu qāt ili iṣbassu*

3 *qāt ištari iṣbassu qāt māmīti iṣbassu [qāt a]mīlūti iṣbassu*

4 *alū lemnu usaḥḥipšu šanē tēmi iṣbassu muruṣ ḥimitti mariṣ*

#### les colères

5 *uzzānu uggatu šibšat ili u ištari [el]īšu ibašši*

### B liste de symptômes en rapport avec une colère divine

#### les symptômes

6 *uznāšu išaggumā ḥīp libbi irtanašši amāt iqabbū imašši*

7 *itti libbišu iddanabbub iGammu<sup>?</sup> isammu tēnšu lā ṣabit*

8 *qabū u enū šakinšu šītu kajjānam sadrassu*

9 *ina mūši pulḥu ina kal ūmi qitajjulu šakinšu*

10 *ina bīti ṣaltu ina sūqi puḥpuḥū šakinšu eli āmirišu mariṣ*

11 *izzir pī nišī ma'dāti šakinšu ana ištari*

12a *libbašu nullāti itammu*

#### la colère (et le diagnostic)

12b *ša amīli šuāti kimilti ili u ištari elīšu ibašši*

### C le but thérapeutique

13 *ana pašārimma adirātīšu lā kašādišu u murṣī annūti ina zumrišu nasāḥi*

---

<sup>192</sup> Pour la traduction voir Farber (1977, p. 65).

### Annexe 3 : Le club des 5 en découpage

Toutes les transcriptions sont empruntées à Abusch/Schwemer 2016<sup>193</sup>.

**Ms A** BAM 316 (VAT 13608+) ii 5'-25'

transcription : AMD 8/2, texte 3.6, p. 37

**Ms B** BAM 315 (VAT 13750+) iii 1-16 // **Ms B'** AMD 8/2 pl. 5 (Bu 91-5-9, 214) ii 3'-15'

transcription : AMD 8/2, texte 3.5, p. 33-34

**Ms C** STT 95 (SU 51/93+) 130-144

transcription : AMD 8/2, texte 3.7, p. 43

**Ms D** AfO 35,21 (BM 64174) 1-8

transcription : AMD 8/2, texte 3.7, p. 43

**Ms E<sub>1</sub>** SpTU II-22 (W 22669/0+) i 16-38

transcription : AMD 8/2, texte 3.4, p. 24

**Ms E<sub>2</sub>** SpTU II-22 (W 22669/0+) i 39-46

transcription : AMD 8/2, texte 3.4, p. 24-25

## PARTIE CLINIQUE SÉMIOLOGIE

### signes psychiques initiaux

**A** <sup>ii5'</sup> *šumma amēlu ginâ šūdūr urra u mūša inazziq*

**B** <sup>iii1'</sup> *šumma amēlu ginâ šūdūr urra u mūša inanziq*

**B'** <sup>ii3'</sup> *šumma amēlu ginâ šūdūr urra u mūša inanziq*

**C** <sup>130</sup> *šumma amēlu ginâ šūdūr urra u mūša inazziq*

**D** <sup>1</sup> *šumma amēlu ginâ šūdūr urra u mūša inazziq*

**E<sub>1</sub>** <sup>i16'</sup> *šumma amēlu ginâ šūdūr urra u mūši inanziq*

**E<sub>2</sub>** <sup>i39'</sup> *šumma amēlu ginâ šūdūr šu.bi.aš.àm*

### signes économiques

**A** <sup>ii5'</sup> *šītu saderšu* <sup>ii6'</sup> *išdihšu paris*

**B** <sup>iii2'</sup> *šīssu sadrat išdihšu paris*

**B'** <sup>ii3'</sup> *šīssu sadrat* <sup>ii4'</sup> *išdihšu paris*

**C** <sup>130</sup> *šītu sadrassu išdihšu paris*

**D** <sup>1</sup> *šītu sadrassu* <sup>2</sup> *išdihšu paris*

**E<sub>1</sub>** <sup>i16'</sup> *šīssu sadrat* <sup>i17'</sup> *išdih paris*

**E<sub>2</sub>** <sup>i39'</sup> *šu.bi.aš.àm*

### signes relationnels

**A** <sup>ii6'</sup> *karšīšu ikkalū dābib ittīšu kītte* <sup>ii7'</sup> *lā idabbub ubān lemutti arkīšu tariš ina ēkalli*  
*izzazzu* <sup>ii8'</sup> *lā maḥrāšu*

**B** <sup>iii2'</sup> *karšīšu ikkalū* <sup>iii3'</sup> *dibbīšu idabbubū ubān lemutti* <sup>iii4'</sup> *arkīšu taršat ina ēkallīšu izzazzu lā*  
*maḥrāšu*

**B'** <sup>ii4'</sup> *karšīšu ikkalū dibbīšu* <sup>ii5'</sup> *idabbubū ubān lemutti arkī<šu> taršat* <sup>ii6'</sup> *ina ēkallīšu lā*  
*maḥrāšu*

**C** <sup>131</sup> *karšīšu ikkalū dābib ittīšu kīttu lā idabbub* <sup>132</sup> *ubān lemutti arkīšu taršat* <sup>133</sup> *ina ēkallīšu*  
*lā maḥrāšu*

**D** <sup>2</sup> *karšīšu ikkalū dābib ittīšu kīttu lā idabbub* <sup>3</sup> *ubān lemutti arkīšu taršu ina ēkallīšu lā*  
*maḥrāšu*

**E<sub>1</sub>** <sup>i17'</sup> *karšīšu ikkalū dābibīšu ittīšu kīttu* <sup>i18'</sup> *lā idabbub ubān lemutti arkīšu taršat ina ēkallīšu*  
*lā maḥrāšu*

**E<sub>2</sub>** <sup>i39'</sup> *šu.bi.aš.àm*

<sup>193</sup> Les parties cassées sont simplement soulignées. En clair : [lemutti] est noté lemutti.

### signes oniriques

- A <sup>ii8'</sup> *šunātūšu pardā ina šuttīšu mītūti ītanammar*  
B <sup>iii5</sup> *šunātūšu pardā ina šunātīšu mītūti ītanammar*  
B' <sup>ii6'</sup> *šunātūšu pardā <sup>ii7'</sup> ina šuttīšu mītūti ītanammar*  
C <sup>133</sup> *šunātūšu pardā ina šuttīšu mītūti ītanammar*  
D <sup>4</sup> *šunātūšu pardā ina šuttīšu mītūti ītanammar*  
E1 <sup>i19</sup> *šunātūšu lemnā ina šuttīšu mītūti ītanammar ... <sup>i20</sup> šutti immaru lā iṣabbat ina šuttīšu*  
*kīma ša itti sinništi uštaḥḥū <sup>i21</sup> a.ri.a-šu iṣarrurū*  
E2 <sup>i39</sup> *šu.bi.aš.àm*

### signe psychique final

- A <sup>ii9'</sup> *hīpi libbi šakinšu*  
B <sup>iii6</sup> *hīpi libbi šakinšu*  
B' <sup>ii7'</sup> *hīpi libbi šakinšu*  
C <sup>134</sup> *hīpi libbi šakinšu*  
D <sup>4</sup> *hīpi libbi šakinšu*  
E1 <sup>i19</sup> *hīpi libbi šakinšu<sup>i194</sup>*  
E2 <sup>i39</sup> *šu.bi.aš.àm*

### DIAGNOSTIC

### diagnostic étiologique

- A <sup>ii9'</sup> *šibšāt ili u ištari elīšu bašā ilu u ištaru <sup>ii10'</sup> ittīšu zenū kišpī epšūšu itti ili u ištari šuzzur*  
B <sup>iii6</sup> *šibšāt ili u ištari elīšu bašā <sup>iii7</sup> ilu u ištaru ittīšu zenū*  
B' <sup>ii8</sup> *šibšāt ili u ištari elīšu bašā ilu u ištaru ittīšu zenū*  
C <sup>134</sup> *kimilti ili u <iš>tari elīšu ibašši ilšu u ištarsū <sup>135</sup> ittīšu zenū*  
D <sup>5</sup> *šibšāt ili u ištari elīšu bašā ilšu u ištara<šu> ittīšu zenū*  
E1 <sup>i21</sup> *šibšāt ili u ištari elīšu ibašši <sup>i22</sup> ilu u ištaru ittīšu zenū*  
E2 <sup>i39</sup> *šu.bi.aš.àm amēlu šū kišpī epšūš <sup>i40</sup> itti ili u ištari šuzzur<sup>1</sup>*

### diagnostic ominal

- A <sup>ii11'</sup> *tērētūšu dalḥā ilu šarru kabtu rubū šuzzuqūšu <sup>ii12'</sup> itti bārī u šā'ili dīnšu adi 7-šu lā*  
*iššer <sup>ii13'</sup> qabū lā šemū šaknūšu*  
B <sup>iii7</sup> *itti bārī šā'ili <sup>iii8</sup> dīnšu lā iššer kišpī epšūšu itti ili u ištari <sup>iii9</sup> šuzzur*  
B' <sup>ii9'</sup> *itti bārī šā'ili dīnšu lā iššer <sup>ii10'</sup> kišpī epšūšu itti ili u ištari šuzzur*  
C <sup>136</sup> *itti šā'ili u ensī<sup>9</sup> dīnšu lā iššer qabū <sup>137</sup> lā šemū iššakkanšu*  
D <sup>6</sup> *itti bārī u dāgīli dīnšu lā iššer qabū lā šemū iššakkanšu*  
E1 <sup>i22</sup> *itti bārī u šā'ili dīnšu u <sup>i23</sup> purussūšu lā iššer qabū u lā šemū iššakkanšu eli āmirīšu*  
*maruṣ <sup>i24</sup> našparū ekissu āmirīšu ana amārīšu lā ḥadi <sup>i25</sup> inaddinma lā innaddinšu*  
E2 <sup>(i39</sup> *šu.bi.aš.àm ?)*

### BUT DU TRAITEMENT

- A <sup>ii14'</sup> *ana purussēšu parāsimma dīnšu ana šutēšuri <sup>ii15'</sup> šunātīšu ana dummuqi<sup>1</sup> alaktašu*  
*ana lamādi <sup>ii16'</sup> ubān damiqti arkīšu ana tarāši*  
B <sup>iii9</sup> *ilu u ištaru teslīssu leqē*  
B' <sup>ii10'</sup> *ana ili u ištari <sup>ii11'</sup> teslīssu leqē*  
C <sup>137</sup> *ana purussēšu parāsimma dīnīšu šutēšuri*  
D <sup>7</sup> *ana purussēšu parāsimma dīnīšu šutēšuri*  
E1 <sup>i25</sup> *ana purussēšu parāsi dīnīšu ana šutēšuru*  
E2 <sup>i40</sup> *ilu u ištaru teslīssu leqē*

<sup>194</sup> Cette proposition dans ce texte n'est pas en position finale (en fin de i19 mais suivie de i20-21).

**PARTIE THÉRAPEUTIQUE**  
**LE TRAITEMENT**

- A** <sup>ii17</sup>dù.dù.bi *tarmuš imḥurlīm imḥurešrā* <sup>ii18</sup>erkulla elikulla amēlānu <sup>ii19</sup>imbu' tām̄ti bīnu iṣ pišri ina maški tašappi <sup>ii20</sup>én a-la-aḥ sa <šu>-la-aḥ ba-ši-in-ti tu<sub>6</sub> én <sup>ii21</sup>én a-ra-zu šu te-ma-ab 7-šu ana muḥḥi tamannu ina kišādīšu tašakkan
- B** <sup>iii10</sup>maštakal dadānu sīkti' taskarinni ina maški tašappi ina kišādīšu tašakkanma<sup>195</sup>
- B'** <sup>ii11</sup>aktam dadānu sīkti' taskarinni <sup>ii12</sup>ina maški tašappi ina kišādīšu tašakkanma
- C** <sup>139</sup>k̄id.k̄id.bi *tarmuš imḥurlīm imḥurešrā* elikulla amēlānu imbu' <sup>1</sup>tām̄ti <sup>140</sup>bīnu' iṣ pišri erkulla 9<sup>1</sup>(7) šammī annūte itqa talammi ina maški ina šamni ina šikari ... <sup>143</sup>én a-la-aḥ sa šu-la-aḥ ba-ši-in-ti <sup>144</sup>én a-ra-zu<sup>1</sup>(iṣ) šu te-ma-ab tamannu
- D** <sup>7</sup>tarmuš imḥurlīm <sup>8</sup>imḥurešrā erkulla amēlānu bīnu imbu' tām̄ti ina maški
- E<sub>1</sub>** <sup>126</sup>dù.dù.bi aban rēmi ḥilibū sāmtu ašnugallu pappardilū ayyartu girimḥilibū <sup>127</sup>nibu na<sub>4</sub>.kù.babbar na<sub>4</sub>.kù.gi atbāru <sup>128</sup>na<sub>4</sub>.urudu zikaru 12 abnū šumma amēlu ilšu ištāršu ittīšu kamlū <sup>129</sup>āmīršu nekelmūšu u dābib ittīšu kīttu lā idabbub <sup>130</sup>ušammarma lā ikaššad ana amēli šuāti lā nakrū' salmū' šumma zīr u<sub>4</sub>.4.kam <sup>131</sup>ša Abi epussu ana pašāri abnī annūti ina qē kitē tašakkak <sup>132</sup>ina qablīšunu tarmuš imḥurlīm imḥurešrā elikulla mēsa amēlānu <sup>133</sup>imbu' tām̄ti bīnu erēnu 9 šammī annūti ina šipāti talammi ina maški tašappi <sup>134</sup>itti abnī tašakkak šammī annūti' ina birīt abnī talappap ina kišādīšu tašakkanma
- E<sub>2</sub>** <sup>141</sup>aktam dadānu sīkti' taskarinni ina maški tašappi ina kišādīšu tašakkanma

**LES RÉSULTATS DU TRAITEMENT**

- A** <sup>ii22</sup>amēlu šū ilšu u ištāršu ittīšu salmū egerrūšu iššer <sup>ii23</sup>šunātūšu damqā qabū u šemū iššakkanšu <sup>ii24</sup>ilu šarru kabtu u rubū ittīšu izzazzū <sup>ii25</sup>ēm ana dīni illaku dīnšu iššer
- B** <sup>iii11</sup>urra u mūša niziqtu ul iṭeḥḥēšu išdiḥa irašši ēdiš <sup>iii12</sup>adi šinīšu arḥiṣ immar ubān damiqti arkīšu ittarras <sup>iii13</sup>ina ēkallīšu immangar šunātūšu lemnētu idātu ittātu <sup>iii14</sup>aḥātu idammīqā ina salīm ili u ištari inneššer <sup>iii15</sup>itti bārī u šā'ili dīnšu ušteššer kišpī <sup>iii16</sup>ruhē rušū <upšāšū> lemnūtu ul iṭeḥḥūšu
- B'** <sup>ii12</sup>urra u mūša niziqtu ul iṭeḥḥēšu <sup>ii13</sup>išdiḥa irašši ēdiš adi šinīšu' arḥiṣ immar <sup>ii14</sup>ubān damiqti arkīšu ittarras ina ēkallīšu immangar <sup>ii15</sup>šunātūšu lemnētu idātu ittātu aḥātu idammīqā ina salīm ili u ištari inneššer itti bārī u šā'ili dīnšu ušteššer kišpī ruhē rušū <upšāšū> lemnūtu ul iṭeḥḥūšu
- C** <sup>141</sup>egerrūšu iššer šunātūšu damqā qabū u šemū iššakkanšu <sup>142</sup>ilu u ištaru ittīšu salmū
- D** pas de résultats annoncés
- E<sub>1</sub>** <sup>135</sup>egerrūšu iššer šunātūšu damqā qabū u šemū iššakkanšu <sup>136</sup>ilšu u ištāršu ittīšu salmū ubān damiqti arkīšu ittarras <sup>137</sup>inaddinma ma'diṣ innaddinšu eli āmirīšu ṭāb dābibi ittīšu <sup>138</sup>kītti idabbub našparū iššeršu
- E<sub>2</sub>** <sup>142</sup>urra u mūšu niziqtu ul iṭeḥḥēšu išdiḥa irašši ēdiš adi šinīšu <sup>143</sup>arḥiṣ immar ubān damiqti arkīšu ittarras ina ēkallīšu immangar <sup>144</sup>šunātū lemnētu idātu ittātu damqā ana salīm ili u ištari <sup>145</sup>inneššer itti bārī u šā'ili dīnšu u purussūšu ušteššer <sup>146</sup>kišpī ruhū rušū upšāšū lemnūtu ul iṭeḥḥūšu

<sup>195</sup> Cf. aussi : <sup>iii18</sup>én a-ra-zu šu ti-ma-ab min [...] <sup>iii19</sup>én še-ga-me-en min 3 ta.àm ina e[li...] <sup>iii20</sup>ina kišādīšu tašakkanma ...

## Bibliographie<sup>196</sup>

- Abusch T. (1999)**, Witchcraft and the Anger of the Personal God, dans T. Abusch, K. van der Toorn (éd.), *Mesopotamian Magic. Textual, Historical and Interpretative Perspectives*, Groningue, Styx (Ancient Magic and Divination 1), 81-121.
- Abusch T., Schwemer D. (2016)**, *Corpus of Mesopotamian Anti-Witchcraft Rituals*, vol. 2, Leyde/Boston, Brill (Ancient Magic and Divination 8/2).
- Adamson P.B. (1993)**, An Assessment of some Akkadian Medical Terms, *Revue d'Assyriologie* 87, 153-159.
- American Psychiatric Association (2003)**, *DSM-IV-TR. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 4<sup>e</sup> éd., texte révisé, trad. coord. par J.D. Guelfi et M.-A. Crocq, Paris, Masson, [éd. orig., 2000].
- American Psychiatric Association (2015)**, *DSM-5. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 5<sup>e</sup> éd., trad. coord. par M.-A. Crocq et J.D. Guelfi, Paris, Elsevier Masson, [éd. orig., 2013].
- Arétée de Cappadoce (1958)**, *Περὶ μελαγκχολίης* [III<sup>e</sup> s.], dans C. Hude (éd.), *Aretaeus, Opera, Corpus Medicorum Graecorum*, Berlin, Akademie Verlag, Liber III, V, 39-41, [texte grec].
- Arétée de Cappadoce (2000)**, De la mélancolie, dans *Des causes et des signes des maladies aiguës et chroniques* [III<sup>e</sup> s.], trad. du grec par R.T.H. Laennec, éd. par M.D. Grmek, Genève, Droz, 2000, 72-76.
- Attinger P. (2008)**, La médecine mésopotamienne, *Le Journal des Médecines Cunéiformes* 11-12, 1-96.
- Bailly A. (2000)**, *Dictionnaire Grec Français*, Éd. rev. par L. Séchan et P. Chantraine, Paris, Hachette, (1<sup>re</sup> éd. 1894).
- Bertaud du Chazaud H. (2007)**, *Dictionnaire de synonymes, mots de sens voisin et contraires*, Paris, Gallimard (Quarto).
- Bouchard M., Chiss-Doyelle M. (2005)**, *Grec 4<sup>e</sup>*, Paris, Scodell (1983)-Nathan (2005).
- Boureau F. et al. (1984)**, Élaboration d'un questionnaire d'autoévaluation de la douleur par liste de qualificatifs. Comparaison avec le McGill Pain Questionnaire de Melzack, *Thérapie* 39, 119-129.
- Bright T (1969)**, *A Treatise of Melancholie*. London [1586], rééd. anast., Amsterdam/New York, Theatrum Orbis Terrarum/Da Capo Press.
- Bright T. (1996)**, *Traité de la mélancolie* [1586], trad. de l'angl. et éd. par E. Cuvelier, Grenoble, Jérôme Millon.
- Burton R. (2000)**, *Anatomie de la mélancolie* [1621], trad. de l'angl. par B. Hoepffner et C. Goffaux, Paris, José Corti.
- Calmeil L.-F. (1870)**, *s.v. Lypémanie* dans A. Dechambre (dir.), *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, 2<sup>e</sup> sér., t. 3, Paris, Asselin-Masson, 542-575.
- Chalendar V. (2013)**, « Un aperçu de la neuropsychiatrie assyrienne ». Une édition du texte BAM III-202, *Le Journal des Médecines Cunéiformes* 21, 1-60.
- Chastenet de Puysegur A.M.J. (1812)**, *Les fous, les insensés, les maniaques et les frénétiques ne seraient-ils que des somnambules désordonnés ?*, Paris, Dentu.
- CIM-10**, voir **Organisation Mondiale de la Santé**.
- Contenau G. (1938)**, *La médecine en Assyrie et en Babylonie*, Paris, Maloine.
- Couto-Ferreira E. (2010)**, It is the same for a man and a woman : melancholy and lovesickness in ancient Mesopotamia, dans A. Grossato (éd.), *Umana, divina Malinconia, Quaderni di Studi Indo-Mediterranei III*, Alexandrie, dell'Orso, 21-39.

---

<sup>196</sup> N.D.E : suite à une proposition de Mme Attia, les auteurs anciens ont vu leurs œuvres « up-to-datisées », c'est-à-dire citées comme si elles ne dataient pas d'hier mais d'aujourd'hui : la date de publication qui suit le nom de l'auteur (francisé façon notices de la B.N.F.) renvoie à l'avatar éditorial récent de l'ouvrage.

- Dardennes R., Al Anbar N. (sous presse)**, Introduction aux troubles de l'humeur, dans J.D. Guelfi, F. Rouillon (éd.), *Manuel de Psychiatrie* (3<sup>e</sup> éd.), Paris, Masson.
- Dardennes R., Al Anbar N. (sous presse)**, Clinique des épisodes et des troubles dépressifs, dans J.D. Guelfi, F. Rouillon (éd.), *Manuel de Psychiatrie* (3<sup>e</sup> éd.), Paris, Masson.
- Demont P. (2009)**, L'ancienneté de la médecine hippocratique : un essai de bilan, dans A. Attia, G. Buisson (éd.), *Advances in Mesopotamian Medicine, from Hammurabi to Hippocrates*, Leyde/Boston, Brill (Cuneiform Monographs 37), 47-77.
- Dieguez S. (2013)**, Balzac's Louis Lambert : Schizophrenia before Kraepelin and Bleuler, *Frontiers of Neurology and Neuroscience* 31, 10-34.
- Drillon J. (2016)**, Problème n° 1156, *L'Obs.*, n° 2674 (du 04/02 au 10/02/2016).
- DSM-IV, DSM-5**, voir **American Psychiatric Association**.
- Du Laurens A. (2012)**, *Discours des maladies mélancoliques [1594]*, éd. par R. Suciù, Paris, Klincksieck.
- Durand J.-M. (2000)**, *Les documents épistolaires du palais de Mari*, t. 3, Paris, Le Cerf (Littératures Anciennes du Proche-Orient 18).
- Durand J.-M. (2012)**, Assyriologie. Les rois mésopotamiens et leurs prophètes II, dans P. Corvol (éd.), *Cours et travaux du Collège de France, Résumés 2010-2011, Annuaire 111<sup>e</sup> année*, Paris, 379-398.
- Esquirol J.E.D. (1805)**, *Des passions considérées comme causes, symptômes et moyens curatifs de l'aliénation mentale*. Thèse. Paris, Didot Jeune.
- Esquirol J.E.D. (1819)**, s. v. Mélancolie, dans *Dictionnaire des Sciences Médicales*, t. 32, Paris, Panckoucke, 147-183.
- Étienne d'Athènes (1985)**, In *Hippocratis Aphorismos Commentaria V-VI [VII<sup>e</sup> s.]*, éd. et trad. en angl. par L.G. Westerink, Berlin, (Corpus Medicorum Graecorum XI 1,3,3).
- Fagot-Largeault A. (2003)**, Preuve et niveau de preuve dans les sciences biomédicales, dans J.-P. Changeux (éd.), *La vérité dans les sciences, symposium annuel*, Paris, Odile Jacob, 215-236.
- Fales M. (2016)**, Anatomy and Surgery in Ancient Mesopotamia : a Bird's-eye View, dans H. Perdicoyianni-Paléologou (éd.), *Anatomy and Surgery from Antiquity to the Renaissance*, Amsterdam, Adolf M. Hakkert, 3-71. ([www.academia.edu](http://www.academia.edu)).
- Farber W. (1977)**, *Beschwörungsrituale an Ištar und Dumuzi, Atfī Ištar ša ḫarmaša Dumuzi*, Wiesbaden, Franz Steinert. BID.
- Geller M.J. (1988)**, New Duplicates to SBTU II, *Archiv für Orientforschung* 35, 1-23.
- Geller M.J. (2010)**, *Ancient Babylonian Medicine. Theory and Practice*, Chichester, Wiley-Blackwell.
- Giromini M. (s. d.)**, Mythologiques II. Jean Étienne Dominique Esquirol (1772-1840) ou la genèse de l'exquis rôle du psychiatre dans l'appareil d'état. ([www.aefl.fr](http://www.aefl.fr)).
- Gourévitch D. (2004)**, La psychiatrie de l'Antiquité gréco-romaine, dans J. Postel, C. Quételet (éd.), *Nouvelle Histoire de la Psychiatrie*, Paris, Dunod, 3-23.
- Gray M. (1971)**, *Au nom de tous les miens*, Paris, Robert Laffont.
- Grmek M.D. (1995)**, Introduction, dans M.D. Grmek (éd.), *Histoire de la pensée médicale en Occident*. 1. Antiquité et Moyen Age, Paris, Le Seuil.
- Grmek**, voir aussi **Arétée de Cappadoce (2000)**.
- Guelfi J.D. (1976)**, *Éléments de psychiatrie*, 1<sup>re</sup> éd., Paris, Éditions Médicales et Universitaires.
- Guelfi J.D. (1979)**, *Éléments de psychiatrie*, 2<sup>e</sup> éd. rev. et augm., Paris, Éditions Médicales et Universitaires.
- Haugsten T., Bourgeois M.L. (2002)**, Jules Séglas (1856-1939), président de la Société Médico-Psychologique, sa vie et son œuvre, *Annales Médico-Psychologiques* 160, 701-712.
- Heeßel N.P. (2000)**, *Babylonisch-assyrische Diagnostik*, Münster, Ugarit-Verlag (Alter Orient und Altes Testament 43).

- Heeßel N.P. (2012)**, Divinatorische Texte II, Opferschau-Omina, Wiesbaden, Harrassowitz (Keilschrifttexte aus Assur literarischen Inhalts 5).
- Hérodote (1978)**, Le Storie [V<sup>e</sup> s. av. n. è.], Libro 1, La Lidia e la Persia, éd. et trad. par D. Asheri, Rome/Milan, Fondazione Lorenzo Valla/A. Mondatori.
- Hérodote (2003)**, Histoires [V<sup>e</sup> s. av. n. è.], t. I, texte éd. et trad. par Ph.-E. Legrand, Paris, Les Belles Lettres, (1<sup>re</sup> éd. 1932).
- Hérodote (2014)**, Historien [V<sup>e</sup> s. av. n. è.], t. I, éd. et trad. du grec par J. Feix, Munich (1<sup>re</sup> éd. 1963), Berlin/Boston, De Gruyter (Tusculum) [rééd. anast. de la 7<sup>e</sup> éd. Düsseldorf, Artemis & Winkler 2006, 2001].
- Hippocrate (1844)**, Aphorismes [IV<sup>e</sup> s. av. n. è.], éd. et trad. par E. Littré, Œuvres complètes d'Hippocrate, t. IV, Paris, Bibliothèque Inter-Universitaire de Médecine (coll. Médic@), 396-609.
- Hippocrate (1931)**, Aphorisms [IV<sup>e</sup> s. av. n. è.], éd. et trad. par W.H.S. Jones (1931), Hippocrates, t. IV, Cambridge (MA)-Londres, Harvard University Press (Loeb Classical Library).
- Huehnergard J. (1997)**, A Grammar of Akkadian, Atlanta, Scholars Press.
- Jackson S.W. (1986)**, Melancholia and Depression. From Hippocratic Times to Modern Times, New Haven/Londres, Yale University Press.
- Jouanna J. (1992)**, Hippocrate, Paris, Fayard.
- Jouvent R. (2000)**, Pragmatique de la clinique, Paris, PIL.
- Kinnier Wilson J.V. (1965)**, An Introduction to Babylonian Psychiatry, dans H. Güterbock, T. Jacobsen (éd.), Studies in Honor of Benno Landsberger on his seventy-fifth Birthday April 21, 1965, Assyriological Studies 16, Chicago Oriental Institute, Chicago, 289-298.
- Kinnier Wilson J.V. (1967)**, Mental Diseases of Ancient Mesopotamia, dans D. Brothwell, A. Sandison (éd.), Disease in Antiquity : a Survey of the Diseases, Injuries and Surgery of Early Populations, Springfield, Thomas, 723-733.
- Kinnier Wilson J.V., Reynolds E.H. (1990)**, Texts and Documents. Translation and Analysis of a Cuneiform Text Forming Part of a Babylonian Treatise on Epilepsy, Medical History 34, 185-198.
- Köcher F. (1964)**, Die babylonisch-assyrische Medizin in Texten und Untersuchungen, vol. III, Keilschrifttexte aus Assur 3, Berlin, Walter de Gruyter.
- Köcher F. (1978)**, Spätbabylonische medizinische Texte aus Uruk, dans C. Habrich, F. Marguth, J.H. Wolf (éd.), Medizin Diagnostik in Geschichte und Gegenwart, Festschrift für Heinz Goerke zum sechzigsten Geburtstag, München, Werner Fritsch, 17-39.
- Labat R. (1951)**, Traité akkadien de diagnostics et pronostics médicaux. I Transcription et traduction, Paris/Leyde, Académie Internationale d'Histoire des Sciences/Brill. TDP.
- Labat R. (1972-1975)**, s.v. Herz, dans D.O. Edzard (éd.), Reallexikon der Assyriologie und Vorderasiatischen Archäologie, t. IV, Berlin/New York, Walter de Gruyter, 367-268.
- Laennec voir Arétée de Cappadoce (2000).**
- La Fontaine J. de (1991)**, Fables choisies mises en vers [1668], éd. par J.-P. Collinet, La Fontaine. Œuvres complètes I, Paris, Gallimard.
- Maul S.M. (1996)**, Die babylonische Heilkunst. Medizinische Keilschrifttexte auf Tontafeln, dans H. Schott (éd.), Meilensteine der Medizin, Dortmund, Harenberg, 32-39.
- Maul S.M. (2001)**, Die Heilkunst des Alten Orients, Medizin Historisches Journal 36, 3-22.
- Maul S.M. (2004)**, Die 'Lösung vom Bann' : Überlegungen zu altorientalischen Konzeptionen von Krankheit und Heilkunst, dans H.F.J. Horstmanshoff, M. Stol (éd.), Magic and Rationality in Ancient Near Eastern and Graeco-Roman Medicine, Leyde/Boston, Brill (Studies in Ancient Medicine 27), 79-95.

- Maul S.M. (2010)**, Rituale zur Lösung des 'Banns', dans B. Janowski, D. Schwemer (éd.), *Texte zur Heilkunde*, Gütersloh, Gütersloher Verlagshaus (Texte aus der Umwelt des Alten Testaments, nouv. sér. 5), 135-146.
- Melzack R. (1975)**, The McGill Questionnaire : Major Properties and Scoring Methods, *Pain* 1 : 277-299.
- Nutton V. (2005)**, *Ancient Medicine*, Londres/New York, Routledge (Series of Antiquity).
- Oppenheim A.L. (1954-1956)**, Sumerian : inim.gar, Akkadian : egirru = Greek : kledon, *Archiv für Orientforschung* 17, 49-55.
- Oppenheim A.L. (1956)**, The Interpretation of Dreams in the Ancient Near East. With a translation of an Assyrian Dream-Book, *Transactions of the American Philosophical Society*, nouv. sér., vol. 46, 3, 179-373.
- Organisation Mondiale de la Santé (1992)**, Classification internationale des maladies. Dixième révision. Chapitre V (F) : troubles mentaux et troubles du comportement. Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic, trad. de l'angl. coord. par C.B. Pull, Paris, Masson.
- Organisation Mondiale de la Santé (1993)**, Classification Internationale des Maladies. Dixième révision. Chapitre V (F) : troubles mentaux et troubles du comportement. Critères diagnostiques pour la recherche, trad. de l'angl. coord. par C.B. Pull, Paris, Masson.
- Pigeaud J. (2004a)**, L'Antiquité et les débuts de la psychiatrie française, dans J. Postel, C. Quézel (éd.), *Nouvelle Histoire de la Psychiatrie*, Paris, Dunod, 133-151.
- Pigeaud J. (2004b)**, s. v. Mélancolie, dans D. Lecourt (éd.), *Dictionnaire de la pensée médicale*, Paris, Presses Universitaires de France (Quatridge), 725-730.
- Pigeaud J. (2004c)**, s. v. Psychiatrie (Naissance de la), dans D. Lecourt (éd.), *Dictionnaire de la pensée médicale*, Paris, Presses Universitaires de France (Quatridge), 925-930.
- Pigeaud J. (2005)**, De la mélancolie. Fragments de poétique et d'histoire, Paris, Dilecta.
- Pigeaud J. (2008)**, Melancholia. Le malaise de l'individu, Paris, Payot & Rivages (2011 pour l'éd. de poche).
- Pommereau X. (1995)**, *Dictionnaire de la folie, les mille et un mots de la déraison*, Paris, Albin Michel.
- Postel J., Quézel C. (2004)**, *Nouvelle Histoire de la Psychiatrie*, Paris, Dunod.
- Reynolds E.H., Kinnier Wilson J.V. (2013)**, Depression and Anxiety in Babylon, *Journal of the Royal Society of Medicine* 106, 478-481.
- Reynolds E.H., Kinnier Wilson J.V. (2014)**, Neurology and Psychiatry in Babylon, *Brain* 137, 2611-2619.
- Ritter E.K., Kinnier Wilson J.V. (1980)**, Prescription for an Anxiety State: a study of BAM 234, *Anatolian Studies* 30, 23-30.
- Samuel-Lajeunesse B., Guelfi J.D. (1985)**, *Psychopathologie. Études de cas*, 2<sup>e</sup> éd., Paris, Presses Universitaires de France.
- Scurlock JA., Andersen B.R. (2005)**, *Diagnoses in Assyrian and Babylonian Medicine*, Champaign, University of Illinois Press.
- Scodel**, voir **Bouchard M., Chiss-Doyelle M.**
- Séglas J. (1895)**, *Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses (Salpêtrière 1887-1894)*, éd. par H. Meige, Paris, Asselin et Houzeau.
- Seligman M.E.P. (1975)**, *Helplessness. On Depression, Development, and Death*, New York, Freeman.
- Seux M.-J. (1976)**, *Hymnes et prières aux dieux de Babylonie et d'Assyrie*, Paris, Le Cerf (Littératures Anciennes du Proche-Orient 8).
- Stol M. (1993)**, Epilepsy in Babylonia, *Cuneiform Monographs* 2, Groningue, Styx.
- Stol M. (1999)**, Psychosomatic Suffering in Ancient Mesopotamia, dans T. Abusch, K. van der Toorn (éd.), *Mesopotamian Magic. Textual, Historical and Interpretative Perspectives*, Groningue, Styx (Ancient Magic and Divination 1), 57-68.

**Sulaiman S., Bhugra D., de Silva P. (2001)**, Perception of depression in a community sample in Dubai, *Transcultural Psychiatry* 38, 201-218.

**Sutter J. (1990)**, *L'anticipation : psychologie et psychopathologie*, Paris, Presses Universitaires de France (2<sup>e</sup> éd.).

**Worthington M. (2009)**, Some Notes on Medical Information outside the Medical Corpora, dans A. Attia, G. Buisson (éd.), *Advances in Mesopotamian Medicine, from Hammurabi to Hippocrates*, Leyde/Boston, Brill (Cuneiform Monographs 37), 47-77.

**Worthington M. (2010)**, *Complete Babylonian, Teach Yourself*, Londres, Hachette.

**Ziegler N. (2015)**, Le juste souffrant victime de la colère divine. Un thème de la littérature mésopotamienne, dans J.-M. Durand, L. Marti et T. Römer (éd.), *Colères et repentirs divins, Actes du colloque organisé par le Collège de France, Paris, les 24 et 25 avril 2013*, Fribourg/Göttingen, Academic Press/Vandenhoeck & Ruprecht (*Orbis Biblicus et Orientalis* 278), 215-241.

## COMITÉ DE LECTURE

Tzvi Abusch, Robert Biggs, Barbara Böck, Dominique Charpin, Jean-Marie Durand, Irving Finkel, Markham Geller, Nils Heeßel, Stefan Maul, Daniel Schwemer, JoAnn Scurlock, Marten Stol.

## COMITÉ DE RÉDACTION

Annie Attia, Gilles Buisson, Martin Worthington.

## CONSEILS AUX AUTEURS

Les articles sont publiés sous la responsabilité de leurs auteurs.

Les auteurs doivent envoyer leur manuscrit sous format A4 par courrier électronique. Il faudra joindre la police utilisée pour que les signes diacritiques puissent être lus.

Les auteurs peuvent rédiger leurs articles dans une langue européenne en étant conscients que l'utilisation des langues de grande diffusion facilitera la compréhension par une majorité de lecteurs.

Les articles peuvent aller de quelques lignes à plusieurs pages. Les articles volumineux pourront faire l'objet d'une parution en un ou plusieurs numéros.

Un résumé de l'article est souhaité.

Les manuscrits pour publication sont à envoyer à l'adresse suivante :

AZUGAL c/o Dr Gilles Buisson, 14 rue de la Salle, 78100 Saint Germain En Laye, France.

e-mail : gilles.buisson9@orange.fr

## ABONNEMENTS

Le prix de l'abonnement (deux numéros par an) est de :

25 euros pour un envoi en France

30 euros pour un envoi en Europe.

35 euros pour un envoi dans d'autres pays.

**Paiement par chèque**, libellé à l'ordre d'AZUGAL :

- en euros, compensable en France,

- en euros, compensable à l'étranger, ajouter 20 euros pour les frais bancaires,

- en devises autres que l'euro, établir la conversion, au taux de change en vigueur, de la somme correspondant à l'abonnement, majorée de 50 euros de frais et commissions de banque.

**Paiement par virement bancaire**, à l'ordre d'AZUGAL sur le compte suivant :

(IBAN) FR76 1820 6004 4339 3711 4300 148, (BIC) AGRIFRPP882.

**Paiement par mandat international**, à l'ordre d'AZUGAL.

Les chèques et les mandats internationaux doivent être envoyés à l'adresse suivante :

AZUGAL, c/o Dr Gilles Buisson, 14 rue de la Salle, 78100 Saint Germain En Laye, France.

## MENTIONS LÉGALES

Le Journal des Médecines Cunéiformes est publié par Azugal, association loi 1901 sans but lucratif, 14 rue de la Salle, 78100 Saint-Germain-En-Laye, représentée par A. Attia. Imprimeur : Cydergies, 208 avenue Roland Garros, BP 136, 78531 Buc Cedex. Dépôt légal : 06-2017. ISSN 1761-0583. Directrice de la publication : A. Attia, responsable de la rédaction : G. Buisson, secrétaire de rédaction : M. Worthington.