

مطالعاتی در تاریخ پزشکی ایران

ویلم فلور

مترجمین: اسماعیل نبی‌پور، دکتر کتایون وحدت، دکتر ایرج نبی‌پور
ویراستار: فرید قاسملو





مطالعاتی در تاریخ پزشکی ایران

مؤلف:

ویلم فلور

مترجمین:

اسماعیل نبی پور

دکتر کتابون وحدت

دکتر ایرج نبی پور

ویراستار:

فرید قاسملو



بنیاد رشد و اندیشه سلامت
استان بوشهر



بنیاد ایرانشناسی
شعبه بوشهر



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر
مرکز تحقیقات طب گرمسیری و عفونی خلیج فارس



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت آموزشی



بنیاد ملی کتاب
بنیاد نخبگان استان بوشهر

به نام خداوند دریاها

سرشناسه	: فلور، ویلم ام، ۱۹۴۲ - م.
	: Floor, Willem M
عنوان و نام پدیدآور	: مطالعاتی در تاریخ پزشکی ایران / مولف ویلم فلور؛ مترجمین اسماعیل نبی‌پور، کتابیون وحدت، ایرج نبی‌پور؛ ویراستار فرید قاسملو؛ [برای] بنیاد رشد و اندیشه سازندگی استان بوشهر... [و دیگران].
مشخصات نشر	: بوشهر: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر، ۱۳۹۷.
مشخصات ظاهری	: ۳۹۶ص: مصور.
شابک	: ۹۷۸-۶۰۰-۵۰۳۲-۹۱-۸
وضعیت فهرست نویسی	: فیبا
یادداشت	: عنوان اصلی: Studies in the history of medicine in Iran, 2018.
موضوع	: پزشکی -- ایران -- تاریخ
موضوع	: Medicine -- Iran -- History
موضوع	: پزشکی
موضوع	: Medicine
شناسه افزوده	: نبی پور، اسماعیل، ۱۳۱۳ - مترجم
شناسه افزوده	: Nabipor, Esmaeil
شناسه افزوده	: وحدت، کتابیون، ۱۳۴۶ - مترجم
شناسه افزوده	: نبی‌پور، ایرج، ۱۳۴۲ - مترجم
شناسه افزوده	: قاسملو، فرید، ۱۳۴۸ - ، ویراستار
شناسه افزوده	: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان بوشهر
شناسه افزوده	: بنیاد رشد و اندیشه سازندگی استان بوشهر
رده بندی کنگره	: ۱۳۹۷ ۸ف/۶۳۱R
رده بندی دیویی	: ۶۱۰/۹۵۵
شماره کتابشناسی ملی	: ۵۳۹۸۳۱۸

مطالعاتی در تاریخ پزشکی ایران

نویسنده: ویلم فلور

مترجمین: اسماعیل نبی پور، دکتر کتابیون وحدت، دکتر ایرج نبی پور

ویراستار: فرید قاسملو

صفحه آرا: دارا جوکار

ناشر: انتشارات دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر

چاپ: نزهت

چاپ اول: پاییز ۱۳۹۷

شمارگان: ۱۰۰۰ جلد



بنیاد رشد و اندیشه سازندگی
استان بوشهر



بنیاد ایرانشناسی
شعبه بوشهر



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر
مرکز تحقیقات طب گرمسیری و عفونی خارج فارس



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت آموزشی



بنیاد ملی نجفیان
بنیاد نخبگان استان بوشهر

بوشهر، خیابان معلم، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر

تقدیم به استاد کرامت‌قدر

و دانشمند برجسته ایران زمین

جناب آقای دکتر رضا فرید حسینی

«گروه مترجمین»

فهرست مطالب

پیشگفتار	۱
فصل اول: طاعون و وبا در ایران	۷
مقدمه	۹
رخداد‌های بیماری‌های همه‌گیر	۱۱
دوران قبل از ۱۵۰۰	۱۱
صفویه - افشاریه - زند	۱۳
طاعون	۱۸
دوره قاجار	۱۸
وبا	۳۳
کتابشناسی	۵۵
فصل دوم: مالاریا	۶۷
درمان سنتی	۷۴
اولین ارزیابی‌های مالاریا	۷۷
استان‌های ساحلی دریای مازندران	۷۹
ناحیه تهران	۸۱
غرب ایران	۸۴
خوزستان	۸۵
بوشهر	۸۷
مناطق دیگر	۸۹

مناطق متمایز	۹۱
ناقلین	۹۲
برنامه ضد مالاریا	۹۴
وضعیت موجود	۱۰۱
کتابشناسی	۱۰۳
فصل سوم: قرنطینه در ایران	۱۰۹
مسری بودن یا نبودن	۱۱۳
وارد منطقه آلوده نشوید	۱۱۶
دولت علاقمند می شود	۱۱۹
خدمات قرنطینه‌ای	۱۳۶
مرز جنوبی	۱۳۸
مرز شمالی	۱۵۲
مرز شرقی	۱۶۰
مرز غربی	۱۷۲
جمع بندی و نتیجه گیری	۱۸۳
ضمیمه یک: خدمات بهداشتی ترکیه و زیارت عتبات	۱۹۱
مقررات اجساد خشک شده	۱۹۲
بهداشت اجساد قاچاقی	۱۹۳
کتابشناسی	۱۹۶
فصل چهارم: همه گیری آنفولانزای ۱۹۱۸ در ایران	۲۱۱
مقدمه	۲۱۳
ضمیمه: همه گیری آنفولانزا در ایران-۱۹۱۸	۲۲۱
شمال از روسیه	۲۲۲
در غرب از بین النهرین	۲۲۲
ملاحظات کلی	۲۲۳
باکتری شناسی	۲۲۴
درمان	۲۲۴

۲۲۵	گزارش‌های محلی (منطقه‌ای)
۲۳۴	دوران پس از شیوع
۲۳۷	کتابشناسی
۲۴۱	فصل پنجم: ابعاد نادیده گرفته شده از تاریخ اجتماعی صنایع نفت ایران
۲۴۳	چکیده
۲۴۳	مقدمه
۲۴۵	شرایط موجود پیش از شرکت نفت ایران - انگلیس
۲۴۸	خدمات اولیه پزشکی شرکت نفت ایران - انگلیس
۲۵۶	توسعه خدمات پزشکی شفا دهنده شرکت نفت ایران - انگلیس
۲۶۹	فعالیت‌های پیشگیرانه پزشکی شرکت نفت ایران - انگلیس
۲۷۸	افول خدمات پزشکی شرکت نفت ایران - انگلیس
۲۸۸	سخن پایانی
۲۹۰	کتابشناسی
۲۹۳	فصل ششم: خاک خوری در ایران
۳۰۸	مصارف دیگر خاک
۳۱۰	کتابشناسی
۳۱۵	فصل هفتم: نخستین گام‌ها به سوی خدمات دامپزشکی در ایران
۳۲۹	کتابشناسی
۳۳۱	فصل هشتم: ژوزف دزیره تولوزان
۳۴۸	کتابشناسی
۳۵۱	فهرست انتشارات تولوزان
۳۵۷	فصل نهم: یوهانس لودویک شلیمر و خلق اصطلاح شناسی پزشکی فارسی نوین
۳۵۹	خانواده هلندی شلیمر
۳۶۳	تحصیل در روتردام و لیدن

مطالعاتی در تاریخ پزشکی ایران

- ۳۶۴..... ترک کشور به قصد ایران از طریق روسیه
- ۳۶۵..... پزشک دولتی در رشت
- ۳۶۸..... معلم دارالفنون
- ۳۷۰..... پزشک درباریان و صاحب منصب سلامت عمومی
- ۳۷۱..... شلیمر، ترقی دهنده بازرگانی هلند
- ۳۷۴..... سال‌های آخر شلیمر
- ۳۷۵..... خانواده ایرانی شلیمر
- ۳۸۱..... سهم خدمات شلیمر به ایران
- ۳۸۹..... سخن پایانی
- ۳۹۱..... کتابشناسی
- ۳۹۵..... نمایه**

پیشگفتار

این مجموعه مقاله، پیرامون تاریخ پزشکی ایران، دنبالهٔ تاخت و تازهای پیشین من به این گستره است. با بحث‌های جزئی نگرانۀ ”وضعیت سلامت مردم در ایران قاجار“^۱ و همچنین ”تاریخ بیمارستان‌های ایران از ۱۵۰۰ تا ۱۹۲۵“^۲، من پی بردم که مواردی در این مباحث مطرح گردیده‌اند که نیاز به تجزیه و تحلیل بیشتر و ژرف‌تری دارند. از این رو، یکی از پروژه‌هایی که هم اکنون بر روی آن کار می‌کنم، ”تاریخ بیمارستان‌های ایران از ۱۹۵۰ تا ۱۹۵۰ میلادی“ است زیرا در چاپ پیشین خود پیرامون این پروژه، غفلت نمودم که از وضعیت و توسعهٔ بیمارستان‌ها در بیش از ۱۵۰۰ و پس از ۱۹۲۵ بحث کنم. این غفلت عمدتاً برخاسته از چهارچوب زمانی کتابی بود که مطالعهٔ من پیرامون بیمارستان‌ها در آن پدیدار گردید؛ همچنین دلیل ویژه دیگر آن بود که دورهٔ پهلوی اول نیاز به پژوهش‌های بیشتری داشت اما به دلیل محدودیت زمانی چاپ، وقت کافی موجود نبود تا به این موضوع پرداخته شود.

با به میان کشاندن بحث دربارهٔ شیوع تعداد عظیمی از بیماری‌ها در ایران قاجار در کتاب اول من در گسترۀ پزشکی، دریافتم که بحث ژرف‌تری برای بعضی از

¹ Willem Floor, *Public Health in Qajar Iran*. Washington, DC: MAGE, 2004.

این کتاب توسط انتشارات دانشگاه علوم پزشکی بوشهر در سال ۱۳۸۶ ترجمه و انتشار یافته است.

² Willem Floor, “The history of hospitals in Safavid and Qajar Iran, an enquiry into their number, growth and importance” in Fabrizio Speziale ed. *Hospitals in Iran and India 1500-1950s*. Leiden: Brill, 2012, pp. 37-116.

این کتاب توسط انتشارات دانشگاه علوم پزشکی بوشهر در سال ۱۳۹۳ ترجمه و انتشار یافته است.

بیماری‌های کشنده عمده، مورد نیاز می‌باشد. دلیل افزون‌تر آن بود که در نوشتارهای در دسترس، به شیوع بیماری‌ها در دوره قاجار، به شکل جسته و گریخته اشاره شده‌اند. من بر روی سه بیماری که به شکل منظم به جمعیت ایران هجوم می‌آوردند یعنی طاعون، وبا و مالاریا تمرکز می‌یابم. این گزینش تصادفی نیست زیرا این‌ها بیماری‌های ترسناکی بودند که از مرزها گذر کرده و به اروپای غربی نیز می‌رسیدند. این ویژگی موجب برگزاری شماری همایش‌های بین‌المللی در قرن نوزدهم شد و بر دولت‌ها (از جمله ایران) فشار آورد تا مقررات توافقی خود را به کار ببرند. بحث از طاعون و وبا در بیان تاریخی آن‌ها به دلیل این واقعیت که در عربی و فارسی، تمایزی واقعی بین این دو بیماری برقرار نبوده است، با مانع رو به رو می‌گردد. این دو بیماری با واژگان یکسان "طاعون و وبا" توصیف شده‌اند؛ فقط در قرن نوزدهم بود که یک تمایز آشکار در کاربرد این واژگان جهت شناسایی این دو بیماری گوناگون که موضوع فصل اول این کتاب هستند، به وجود آمد.

در همین زمان، بحث از طاعون و وبا بخشی از بحث گسترده‌تر در حلقه‌های پزشکی بود و این پرسش برقرار بود که آیا این بیماری‌ها مسری هستند یا خیر؟ و چنانچه مسری بودند به دلیل ماهیت توان گذر از مرز آن‌ها، آیا مقررات قرنطینه‌ای لازم بود که صادر و به کار گرفته شوند؟ برای دولت ایران، مورد قرنطینه یک مسئله به وجود آورد زیرا از ابتدا، از دیدگاه مالی و از بعد مدیریتی، ایران فاقد امکانات به کارگیری کارآمد قرنطینه بود. بنابراین، در هنگامی که دولت در نهایت تصمیم گرفت که چنین رژیمی را برقرار سازد، در نخست، کارکنان پزشکی حکومت هندوستان و دیگر کارکنان پزشکی خارجی را استخدام نمود. زمانی را گرفت تا دولت ایران چنین اقدامی را انجام دهد زیرا بخشی به دلیل بی‌میلی و بخشی دیگر نیز به دلیل فقدان استطاعت بود؛ اما در نهایت آن را انجام داد و از آنچه که از خوانش فصل سوم بر می‌آید، انجام این عمل توسط قدرت‌های سیاسی برانگیخته گردید.

جهت توسعه زیرساخت پزشکی، دولت ایران دارالفنون را بنیان گذاشت، جایی که پزشکی یکی از مواد آموزشی بود و بسیاری از دانشجویان آن به اروپا رفتند تا مطالعات پزشکی خود را تکمیل کنند. از آنجا که ایران فاقد پرسنل تعلیم دیده جهت آموزش مواد درسی گوناگون ارائه شده در دارالفنون بود، تعدادی از خارجی‌ها را استخدام نمود. یکی از این خارجی‌ها که پزشکی را در این مدرسه آموزش داد، هم وطن من لودویک یوهانس شلیمر بود که تعداد زیادی کتاب درسی پزشکی برای استفاده دانشجویان خود نوشت، اما بزرگ‌ترین مشارکت شلیمر کتابی بود که شامل فهرستی استاندارد و حاشیه نویسی شده از اصطلاحات پزشکی به فارسی با هدف تسهیل در آموزش و درک دانشجویان بود. ماجرای این نوشتار را می‌توان در فصل نهم این کتاب مورد مطالعه قرار داد.^۳

یکی از همکاران دانشگاهی او در دارالفنون، پزشک نظامی فرانسوی، ژوزف دزیره تولوزان بود که نفوذ عظیمی را در دربار ایران داشت زیرا به نسبت مدت زمان بیشتری از همکاران دانشگاهی خود در خدمت دربار بود. او پزشک دربار و ملازم شاه بود. تولوزان از سوی حلقه‌های پزشکی فراتر از کشور نیز مورد احترام بود زیرا برون‌ده اصلی عمومی حجیم او ساماندهی پزشکی در اروپا بود که موضوع فصل هشتم این کتاب می‌باشد. بیماری واگیر دیگری که عموماً در ایران ناشناخته بود، بیماری آنفولانزا است. هنگامی که پاندمی آنفولانزا ۱۹۱۸ به ایران هجوم آورد، اثر آن خانمان برانداز بود و در پی یک قحطی (۱۸-۱۹۱۷) و همه‌گیری حصبه آمد و در نتیجه میزان مرگ و میر به دلیل این پاندمی در ایران به گونه‌ای بود که این کشور را به قول معروف از جمله ۱۰ قربانی اول آن قرار داد. گرچه یک مقاله‌ عالی پیرامون این پاندمی در ایران توسط امیر

³ "Johannes Lodewijk Schlimmer. The creator of Persian medical terminology," *Studia Iranica* 42 (2013), pp. 249-74

این مطالعه نخست در مجله فوق‌الذکر به چاپ رسید و با اجازه مجله در اینجا آورده شده است.

افخمی نوشته شده است، من برای نخستین بار، متن گزارش معاصر پیرامون اثر این پاندمی در ایران را در اینجا انتشار می‌دهم و در همین زمان، موارد اولیه آنفولانزا را در ایران بحث می‌کنم و نشان خواهم داد که پیش از ۱۹۱۸، این بیماری نیز در ایران رخ داده بود. افزون بر این، اشاره می‌کنم که بیماری آنفولانزا پس از سال ۱۹۱۸ تا همین سال‌های اخیر به صورت یک رخداد منظم در ایران تبدیل شده است و این موضوع در فصل چهارم، مورد بحث قرار می‌گیرد.

نوع دیگری از همه‌گیری، که به سختی مورد توجه دیگر پژوهشگران تاکنون قرار گرفته است، طاعون گاوی است که اثر عمده و منفی‌ای را بر کیفیت زندگی خرده کشاورزان ایران داشت. همچنین این بیماری اثر اقتصادی منفی عظیمی را از خود نشان داد. زیرا مرگ و میر حیوانات فراوان نه تنها موجب ربودن درآمد و نیروی کار حیوانی روستاییان می‌شد بلکه مصرف کنندگان نیز اثر آن را در دارایی خود حس می‌کردند؛ چون که نه تنها گوشت گران‌تر می‌شد بلکه قیمت بسیاری دیگر از محصولات نیز افزایش می‌یافت. زیرا نرخ حمل و نقل در نتیجه کمبود حیوانات باربر نیز فزونی از خود نشان می‌داد. نیاز به گفتن نیست که شرایط زندگی جمعیت روستایی که مورد اثر واقع می‌شد، و به دلیل وجود حیوانات فاسد شده حتی از آنچه می‌بود خطرناک‌تر می‌شده است. هیچ‌گونه خدمات دامپزشکی در ایران نبود ولی در طی جنگ جهانی اول، به دلیل انتظارات برخاسته از امضاء عهدنامه ایران - انگلیس ۱۹۱۹ و حضور دامپزشکان نظامی بریتانیایی که برای مبارزه و در بند کشیدن رخداد طاعون گاوی مداخله کردند، اوضاع تغییر کرد. همچنین پیشنهاد گردید که یک مؤسسه سرم درمانی بنیان گذاشته شود تا واکسن‌های بیماری‌های انسانی و حیوانی ساخته شوند. گرچه این طرح بریتانیایی به دلیل این که ایران عهدنامه ۱۹۱۹ را نپذیرفت، تحقق نیافت اما ایده داشتن چنین مؤسسه‌ای رها نشد زیرا در سال ۱۹۲۱ انستیتو پاستور بنیان گذاشته شد و همین وظایف را بر عهده گرفت. فصل هفتم این کتاب، بخش

نخستین تاریخ دامپزشکی ایران را مورد بحث قرار می‌دهد. علایق فزاینده جهت تسکین اثرات اپیدمی‌هایی که به ایران یورش می‌آوردند، محدود به قدرت‌های سیاسی بین‌المللی نبود. چنین موضوعی نیز برای سرمایه‌گذاران خارجی در ایران نیز مصداق داشت. هنگامی که در سال ۱۹۰۷، شرکت نفت ایران - انگلیس عملیات خود را در ایران آغاز کرد، این شرکت بلافاصله برنامه‌ای را برای بهبودی سلامت عمومی در مناطق تحت امتیازی خود شروع نمود که موجب ساخت مدرن‌ترین بیمارستان‌ها در خاورمیانه تا سال ۱۹۲۰ گردید. همچنین به تأسیس دواخانه‌هایی جهت اهداف درمانی و انجام فعالیت‌های پیشگیرانه بر علیه طاعون، وبا و مالاریا منتهی گردید (بنگرید فصل پنجم).

یکی از بیماری‌هایی که توسط سرمایه‌گذاران بومی و خارجی (Kampsax, APOC، دولت ایران) مورد هدف قرار گرفت، مالاریا بود زیرا شیوع آن اثر منفی‌ای بر بهره‌وری نیروی کار داشت. از آنچه که انجام گردید تا ماهیت این بیماری بهتر آشکار شود و همچنین از شیوه‌هایی که به کار برده شد تا اثر مخرب آن بر روی جمعیت ایران کاسته گردد؛ در فصل دوم مورد بحث قرار می‌گیرد.^۴

در نهایت، من نمی‌توانم از بحث دربارهٔ وضعیت پزشکی عادت خاک خوری که اندک شناخته شده است، خودداری نمایم. حتی از سال‌های گذشته که رسالهٔ برتولد لوفر دربارهٔ این موضوع را مطالعه کردم، می‌خواستم که مشارکت کوتاه او در مورد بیان آن در ایران را گسترش دهم. این فصل، کوتاه‌ترین فصل این کتاب است، اما نه تنها رسالهٔ لوفر را از دیدگاه چهارچوب زمانی بلکه ژرفای آن را نیز گسترش می‌دهد. این موضوع را می‌توان در فصل ششم مورد مطالعه قرار داد.

⁴ "A Neglected Aspect of the Social History of the Iranian Oil Industry: The Case of Southern Khuzestān's Early Medical Infrastructure." *Studia Iranica* 43/2 (2014), pp. 221-47

این مطالعه نخست در مجلهٔ فوق‌الذکر به چاپ رسید و با اجازه مجله در اینجا آورده شده است.

در آخر کلام، سزاوار است قدردانی خود را از دکتر ایرج نبی پور از دانشگاه علوم پزشکی بوشهر و دکتر محمد حسین عزیزی و آقای فرید قاسملو، هر دو از فرهنگستان علوم پزشکی ایران، ابراز نمایم زیرا اگر تشویق‌های آنان در نوشتن این نوشتارها نبود، شاید نمی‌توانستم آن‌ها را به سرانجام برسانم.

ویلم فلور

فصل اول

طاعون و وبا در ایران

مترجم: دکتر کتایون وحدت

مقدمه

مطالعهٔ رخداد طاعون و وبا در ایران و به طور عام در خاورمیانه، به دلیل عدم استفاده از واژگان دقیق در منابع دوره میانه فارسی و عربی، با مانع مواجه است. شاید، دلیل آن این حقیقت است که محققین، پزشکان و دیگران، تشخیص بین دو بیماری را مشکل یافتند. در عربی کلاسیک، واژهٔ «طاعون» و (به طور دقیق تر برگرفته از طَعْن، سوراخ کردن و فرو کردن)، به معنای بیماری طاعون به کار برده می شود، در حالی که وبا (برگرفته از «بیه» یعنی آلوده شده)، یک واژهٔ عمومی تر، برای همه گیری یا «ناخوشی همه گیر» و یا «مرگامرگی»، در نظر گرفته می شود.

احتمال دارد، واژهٔ عربی (طاعون) ترجمه از لاتین باشد. زیرا (Plaga) از پلاگره (Plagare) به معنای، ضربت، ضرب زدن، آسیب، یا هم ریشه با واژه یونانی پلاگا (ضربت) می باشد. تا کنون، برای تعیین این که این دو واژه چقدر دقیق توسط نویسندگان قرون وسطایی به کار برده می شده است، هیچ تلاشی نشده است. اندکی تلاش کردند که این بیماری های مختلف را تشخیص دهند، نظیر ابوسهل مسیحی (پزشک ایرانی در قرن چهارم هجری) که یک فصل در مورد طاعون نوشت و علی ابن عباس مجوسی اهوازی (قرن دهم پس از میلاد) که در کتاب طب ملکی خود، وبا را شرح داده است.^۵

همچنین ابن سینا (۹۸۰-۱۰۳۷ پس از میلاد)، در کتاب قانون در طب (کتاب چهارم)، از طاعون خیارکی، توضیح بالینی ارائه می دهد. اسماعیل جرجانی (۱۱۳۷-۱۰۴۲

⁵ Najmabadi 1353, pp. 477, 677-78.

میلادی)، علائم مختلف طاعون خیارکی را ذکر کرده، به طور مثال، بزرگ شدن غدد لنفاوی در نواحی کشالهٔ ران^۶. با این وجود، بسیاری نظیر ابن منظور در فرهنگ لغت خود «لسان العرب» و با را با طاعون یکسان دانسته‌اند^۷. مؤلفین دوره میانه چنین بیان کرده‌اند: «هر طاعونی وبا است ولی هر وبایی طاعون نیست». نویسندگان پیش تر، نه تنها توانایی تشخیص این دو بیماری را نداشتند، بلکه بلایای طبیعی نظیر سیل، قحطی و خشکسالی را نیز در جرگه «طاعون» قرار می‌دادند^۸.

بنابراین، شناسایی بیماری‌ای که در کتب قدیمی به آن طاعون یا وبا گفته شده است، ساده نیست. همچنین، این موضوع درباره بعضی از نویسندگان دوره صفوی که رخداد هر دو بیماری وبا و طاعون را یکسان و با هم به کار برده‌اند (ادامه مقاله) نیز صادق است^۹. فقط از نیمه قرن نوزدهم است که کلمه وبا، یک بار دیگر به طور انحصاری برای کلرای آسیایی (cholera asiatica) و طاعون برای پلاگ (plague) به کار برده می‌شود^{۱۰}. در زبان‌های اروپایی، واژهٔ پلاگ (plague) ممکن است به معنای طاعون باشد، اما همچنین به معنای هر بیماری واگیرداری است که به سرعت پخش می‌شود و تعداد زیادی از مردم را می‌کشد.

بنابراین، نویسندگان اروپایی دربارهٔ طاعون در ایران، قبل از سال ۱۸۲۰، در تشخیص یک بیماری از بیماری دیگر، همیشه خیلی دقیق نبودند. لذا، من نخست با یک نظر اجمالی بر روی رخدادهای شناخته شدهٔ انواع اشکال «ناخوشی همه‌گیر» یا «مرگامرگی»، از پایان امپراطوری ساسانی تا سال ۱۸۲۰ را ارائه می‌دهم. پس از این

⁶ Jorjani 2535, p. 15.

⁷ Josef W. Meri ed., *Medieval Islamic Civilization - An Encyclopedia*, New York: Routledge, 2006, vol. 1, p. 235.

⁸ Conrad 1982, pp. 271-72; Shoshan 2002; Byrne 2012, p. 337.

⁹ برای دشواری‌های تشخیصی طاعون از دیگر بیماری‌ها، بنگرید:

Chun 1936, pp. 327-31.

¹⁰ Schlimmer 1970, p. 433.

سال، ما داده‌های دقیقی داریم که اجازه تمایز بین رخداد طاعون و وبا، صرف نظر از استفاده مناسب واژگان طاعون و وبا، توسط منابع محلی را می‌دهند.^{۱۱}

رخدادهای بیماری‌های همه‌گیر

دوران قبل از ۱۵۰۰

در این دوره، همه‌گیری‌های بسیاری در فلات ایران رخ داد؛ اما این لزوماً به معنای بروز طاعون یا وبا نیست. زیرا واژه طاعون به هر رخداد بیماری همه‌گیر اطلاق می‌شد، هر چند ادعای عدم وجود طاعون، ممکن است به دلیل عدم ذکر در منابع باشد. با همه اینها، مستوفی اشاره می‌کند در ری، وبا، یک ضرب‌المثل بوده است. اما دو مورد رخداد بیماری همه‌گیر وجود داشته است. یکی در ۹۶۱ میلادی در آذربایجان و دیگری چند سال بعد در فارس که به نظر می‌رسد به دلیل تعداد زیاد مرگ و میر گزارش شده، این همه‌گیری‌ها طاعون بوده است. در آذربایجان، تعداد مرگ‌ها آن قدر زیاد بوده است که مجبور می‌شدند مردم را با لباس دفن کنند و یا سپس، اصلاً دفن نکنند.^{۱۲}

در سال ۱۱۹۹، به دنبال قحطی در فارس و سرتاسر خاورمیانه، بلا (طاعون) و تب سفید و قرمز نازل شد؛ گفته شده به تنهایی در فارس بیش از ۵۰۰۰۰ نفر از مردم مردند.^{۱۳} برخی طرح موضوع کرده‌اند که مغول‌ها به وسیله طاعون خیارکی تلف شدند و بنابراین تعداد مغول‌ها در ایران کاهش یافت.^{۱۴} در قرن پانزدهم، طاعون قسمت‌های مختلفی از ایران را حداقل پنج بار، تباہ کرد. در سال ۱۴۰۸، ممکن است در اصفهان طاعون رخ داده باشد، یعنی جایی که بین ۲ تا ۳ هزار نفر مرگ در روز و به طور کلی

^{۱۱} برای سردرگمی ادامه‌دار در کاربرد عمومی، بنگرید از جمله:

Rich 1839, pp. 271-72; Richardson 1829.

برای نظریه سرایت بنگرید فصل سوم کتاب حاضر.

^{۱۲} Spuler 1952, pp. 99, 165; Schwarz 1993, p. 1190.

^{۱۳} Hammer-Purgstall 1842-43, vol. 2, p. 101.

^{۱۴} Lambton 1988, p. 25.

۲۰۰۰۰۰ نفر مرگ، گزارش گردید^{۱۵}.

در سال ۱۴۳۵، طاعون هرات را گرفت؛ اسفزاری گزارش می‌کند که در اوج بیماری، ۴۷۰۰ نفر در روز فوت کرده‌اند و تخمین زد که تعداد کل کشته شدگان حدود یک میلیون بوده است! هرات، دوباره در حدود ۱۴۶۰ گرفتار طاعون گردید؛ در حالی که تبریز در ۸۸-۱۴۷۸، دچار بلا و ویرانی شد^{۱۶}. عدم اشاره واضح به بروز طاعون در قسمت‌های جنوبی ایران، چشمگیر بوده و احتمالاً به دلیل عدم وجود منابع است زیرا به عنوان نمونه، عراق گرفتار این بیماری بوده است.

جدول ۱-۱: فهرست همه‌گیری‌ها در ایران قبل از ۱۵۰۰

سال	رویداد
۵۱۴-۴۲	طاعون جاستینی (طاعون خیارکی) نیز سرزمین‌های سیستان را مورد حمله قرار داد.
۶۰۰	طاعون (clades glandolaria) در خاورمیانه و ایران
حدود ۷۹۰	شاروتا (طاعون به سریانی) در مغان (آذربایجان)
۸۱۹-۲۰	وبا در خراسان و نواحی مجاور
۸۴۱-۴۲	وبا در سیستان
۸۵۵-۵۶	بیماری کشنده در کل شمال ایران تا عراق
۸۷۷-۷۸	بیماری کشنده در قومس
۹۰۰-۰۱	بیماری کشنده در آذربایجان
۹۳۵-۳۶	بیماری کشنده در اصفهان
۹۵۵-۵۶	بیماری کشنده در خراسان و جبال؛ چند سال ادامه داشت، خصوصاً زن‌ها و کودکان مردند.

¹⁵ al-Samarqandi 1941, vol. 1, p. 110; Khvandamir 1335, vol. 3, p. 572.

¹⁶ Christensen 2016, p. 219.

سال	رویداد
۹۸۹-۹۰۰	وبا در گرگان
۱۰۱۰-۱۱	وبا در سیستان
۱۰۱۳-۲۱	بیماری کشنده در فارس، جبال و عراق؛ در اصفهان ۴۰۰۰۰ نفر ظاهراً فوت نمودند.
حدود ۱۰۴۰	بیماری کشنده در هرات
۱۰۵۶-۵۷	همه گیری بزرگ در سرتاسر خاورمیانه؛ شاید طاعون واقعی
۱۱۳۶-۳۷	بیماری کشنده در همدان، اصفهان، عراق
۱۱۹۹	بیماری کشنده در فارس و کل خاورمیانه
۱۲۰۳	طاعون در شیراز
۱۲۵۵	طاعون در مازندران
۱۲۹۹	طاعون در سرتاسر خاورمیانه؛ بیش از ۵۰۰۰۰ مرگ در شیراز
۱۳۴۸	بیماری کشنده در تبریز
۱۴۰۷	طاعون در اصفهان
۱۴۳۵	طاعون در هرات، به طور کلی یک میلیون در شهر و استان؛ اوج بیماری: ۴۷۰۰ مرگ در روز
حدود ۱۴۶۰	طاعون در هرات
دهه ۱۴۸۰	قم دچار یک همه گیری ۵ ساله طاعون شد، ۱۲۰۰۰ نفر فوت کردند و باعث ویرانی شهر شد.
۱۴۸۷-۸۸	طاعون در تبریز

Christensen 2016, pp. 217-18; Sticker 1908, p. 33; Hammer-Purgstall 1842-43, vol. 1, pp. 94, 235; vol. 2, pp. 101, 336; al-Qomi, 1363, vol. 2, p. 723; Qazvini 1363, p. 377.

صفویه - افشاریه - زند

اطلاعات در مورد رخداد طاعون در دوره صفویه هم چنان ناهمگون (غیر یکدست) است. در سال ۱۵۳۵، در سلطانیه، طاعون وجود داشت و شاه طهماسب به ری

گریخت^{۱۷}. در سال ۱۵۳۶، طاعون در گیلان رخ داد^{۱۸}. در سال ۱۵۳۹ بیماری در تبریز رخ داد و در آن زمان شاه طهماسب در مراغه بود؛ او فراتر از پیشگیری و از روی ترس، دستور داد همه سگ‌ها کشته شوند^{۱۹}. در سال ۱۵۵۱، طاعون در گرجستان در میان ارتش وجود داشت. شاه طهماسب دستور داد که سربازان بیمار، اردوگاه را ترک کنند^{۲۰}. در جولای ۱۵۵۷، طاعون در عراق عجم و اصفهان رخ داد و مردمان بسیاری مردند^{۲۱}. در سال ۱۵۷۲، طاعون در قزوین پدیدار شد و در سال ۱۵۷۵ در اردبیل یعنی جایی که ادعا گردید ۳۰۰۰۰ نفر فوت کردند^{۲۲}. کلموف معتقد است که این قدیمی‌ترین رخداد طاعون در ایران بوده است^{۲۳}.

در بهار ۱۵۸۱، طاعون در قم، دیده شد، جایی که در عرض ۳ ماه بیش از ۵۰۰۰ نفر مردند، زیرا اجساد آلوده به طاعون را از تبریز جهت دفن، به قم آورده بودند^{۲۴}. در سال ۱۵۹۲، وبا و طاعون در قزوین ظاهر شد و تعداد نامشخصی از افراد مردند^{۲۵}. در سال ۱۵۹۴، طاعون در سوادکوه وجود داشت. در بهار ۱۵۹۴، اصفهان به طاعون/ وبا گرفتار شد و در هر روز تا ۵۰ نفر فوت کردند^{۲۶}. اولیاء امور مانع گریختن ساکنین از شهر شدند، اما با آغاز تابستان، که بیماری طاعون تهاجمی‌تر از هر زمان قبلی بود، باعث از دست رفتن تعداد زیادی از زندگی‌ها شد. مردم از شهرها گریختند و پاییز باز گشتند و به قولی

¹⁷ Astarabadi 1366, p. 71.

¹⁸ Rumlu 1357, p. 279.

¹⁹ Membré 1969, p. 31; Idem 1993, p. 28; Shirazi 1369, pp. 90-91.

²⁰ Shirazi 1369, p. 104.

²¹ al-Qomi 1363, vol. 2, p. 648.

²² Astarabadi 1366, p. 91; al-Qomi 1363, vol. 2, p. 587; Monshi 1359, vol. 1, p. 118; Vahid Qazvini 1383, p. 69 (in 981/1583)

²³ Clemov 1903, p. 320.

²⁴ al-Qomi 1363, vol. 2, p. 723.

²⁵ Monshi 1350, vol. 1, p. 458; Vahid Qazvini 1383, p. 119.

²⁶ Gilani 1352, p. 99.

پنجاه هزار و به قول دیگری سی هزار کس به هلاکت رفتند^{۲۷}. در همان سال، طاعون در مازندران پدیدار گشت^{۲۸}؛ در حالی که در سال ۱۵۹۵، در تبریز طاعون وجود داشت^{۲۹}. در سال ۱۶۰۲، یک بیماری، احتمالاً وبا، در بین سربازان در لار شایع شد^{۳۰}. در سال ۱۶۱۱-۱۲، در قندهار وبا وجود داشت، بیماری سپس به ایران و محدوده عثمانی پیشرفت نمود. در ۱۷-۱۶۱۶، یک همه‌گیری طاعون در خراسان وجود داشت^{۳۱}.

الئاریوس (olearius) گزارش می‌کند طاعون در ایران با میزان و شدت کمتری نسبت به آلمان اتفاق می‌افتد، در حالی که فریر (Fryer) نوشته که در ایران برای بیش از ۸۰ سال بیماری طاعون شناخته نشده بود. با این وجود، او اشاره کرده: "تب نقطه‌ای (spotted fever) هم اکنون آن‌ها را می‌کشد ولی واگیر نیست". شاردن (chardin) حتی پا را فراتر نهاد و نوشت که ایرانیان اصلاً طاعون ندارند^{۳۲}. هر چند، بقیه منابع گزارش می‌کنند که چندین موارد طاعون در قرن ۱۷ وجود داشته است، گرچه باید به خاطر داشت که این واژه برای هر بیماری واگیر و سریع گستر به کار برده می‌شده است.

در سال ۱۶۲۴، رخداد طاعون در اردبیل، خلخال، سراب، طارم و قزوین وجود داشت^{۳۳}. در سال ۱۶۳۴، در قزوین، ۲۰۰۰۰ نفر تلف شدند و همه‌گیری به بقیه شهرها، شامل ابهر، طارم، خلخال، زنجان و برخی از مناطق آذربایجان، اردبیل و گیلان گسترش یافت. در سال ۱۶۳۵، بغداد، کربلا و آذربایجان با طاعون و وبا درگیر شدند و بسیاری فوت کردند^{۳۴}. در سال ۳۶-۱۶۳۵، بیماری در قزوین، اردبیل و نواحی ابریشم خیز

²⁷ Natanzi 1350, pp. 532-33.

²⁸ Mar`ashi 2526, p. 337.

²⁹ Tholozan 1874, p. 18.

³⁰ Monshi 1350, vol. 2, p. 618; Astarabadi 1366, p. 174.

³¹ Tholozan 1874, p. 18; Sticker 1908, pp. 128, 131.

³² Olearius 1656, p. 565; Fryer 1905, vol. 3, p. 99; Chardin 1811, vol. 5, p. 181.

³³ Vahid Qazvini 1383, p. 210 (1034 Q).

³⁴ Isfahani 1368, pp. 195, 234; Astarabadi 1366, pp. 250, 253; Mirkhvand 1339, vol. 8, p. 458; Qazvini 1367, p. 56; Vahid Qazvini 1383, p. 266-67 (in 1045 Q).

دریای مازندران ادامه داشت. گفته شده که در گیلان، حدود یک سوم جمعیت مردند و در نتیجه، ذخایر ابریشم خام کم و گران شدند. پیشتر گزارش شد که در کل ۳۰۰۰۰۰ نفر ظاهراً از طاعون مردند.^{۳۵}

در سال ۱۶۶۸، طاعون در اصفهان و نواحی ساحلی خلیج فارس اتفاق افتاد؛ در حالی که در مناطق دیگر هم ممکن است رخ داده باشد.^{۳۶} در سال ۱۶۷۸، بیماری در قره باغ ظاهر شد و تعداد زیادی مردند.^{۳۷} طاعون در ۸۵-۱۶۸۴، مجدداً گیلان را در نوردید و در ۱۶۸۵ در اردبیل جایی که ظاهراً به طور تخمینی ۸۰۰۰۰ نفر مردند، ظاهر شد؛ همدان هم همچنین گرفتار شد. در ۸۷-۱۶۸۶، رخدادهای طاعون در آذربایجان، مازندران، استرآباد و اصفهان وجود داشت.

در سال ۱۶۸۸، یک همه‌گیری در شیراز اتفاق افتاد که "هزاران نفر در روز می‌مردند"^{۳۸}. در سال ۱۶۹۱، طاعون در قزوین، کرمانشاه، ارزروم، ایروان و خلیج فارس کولاک کرد و به روایتی در بصره حدوداً ۸۰۰۰۰ نفر را کشت.^{۳۹} بر اساس گفته‌های هزین (Hazin) طی دوران اشغال افغان‌ها، بیماری طاعون، گیلان را گرفتار نمود که ۱۰ سال طول کشید و بسیاری فوت نمودند. هلندی‌ها فقط گزارش کردند که یک رخداد بیماری در تابستان ۱۷۲۷ وجود داشت و تا اکتبر ادامه یافت و بسیاری از زندگی‌ها را قبضه نمود.^{۴۰} در ۱۷۳۱، منطقه همدان تا بربرود نزدیک بروجرد توسط طاعون به شدت گرفتار شد؛ گفته شده که حدود ۲۰۰۰۰۰ نفر، فوت کردند. همچنین نقل شده است که طاعون، کاشان، بغداد و کرمانشاه را صیقل داد، بازماندگان به کوهپایه‌ها و حتی

³⁵ Dunlop 1930, pp. 547, 590, 604, 612, 665; Vahid Qazvini 1383, p. 279 (in 1046 Q).

³⁶ Chardin 1811, vol. 9, pp. 571, vol. 10, pp. 2-4; VOC 08/11/1668, f. 155, 941.

³⁷ Brosset 1979, vol. 1, p. 555.

³⁸ Anonymous 1939, vol. 1, pp. 407-08 [1678-9], 445 [1688]; ARA, VOC 1323 (18/04/1678), f. 656r.; Fryer, vol. 2, p. 350; Khatunabadi 1352, pp. 538-40, 534-4, 538-40, 543-44 (ظاهراً ۲۰۰۰۰ مرگ در تبریز); Sticker 1908, pp. 209-10.

³⁹ Hamilton 1930, vol. 1, p. 55; VOC 1493, 13/10/1691, f. 283v.; Valentyn 1724, vol. 5, p. 255.

⁴⁰ Hazin 1332, p. 44; Floor 1998, p. 258; Floor 1367, p. 29.

بسیاری به اصفهان، شیراز، قزوین و سلطان آباد گریختند.^{۴۱} در انتهای ماه مه ۱۷۳۵، طاعون در سیرجان روی داد و به آهستگی مسیر خودش را به کرمان باز کرد. در همان زمان، ۳۰ نفر از طاعون در کرمان مرده بودند. در ۲۵ می، مسئولین شهر اعلان عمومی نمودند کلیه مسلمانان معتقد و بی‌ریا، باید به مساجد بروند و برای دفع طاعون دعا کنند و صدقه بدهند. حدود جولای، بیماری پایان یافت. در دوره زمانی قبل از آن روز، حدود ۶۰-۵۰ نفر روزانه می‌مردند. اما تمام این وقایع را به طور عمد به گرما نسبت می‌دادند، بنابراین ممکن است همان گونه که گفته شده است این بیماری اصلاً طاعون نبوده باشد.^{۴۲}

در سال ۱۷۳۵، طاعون گنجه را در زمان محاصره شهر، درگیر نمود.^{۴۳} در اکتبر ۱۷۳۷، طاعون در قم ظاهر شد و ۶۰۰۰ نفر از بین رفتند. در نتیجه شهر خالی از سکنه گردید زیرا جمعیت گریخته بودند، در حالی که بیماری گلپایگان را نیز گرفتار نموده بود.^{۴۴} در اوایل ۱۷۳۷، شهر جدید آق - سو که در جنوب شاماخی ساخته شده بود دچار طاعون شد و ۹۰۰۰ نفر مردند.^{۴۵} در اوایل ۱۷۳۸، طاعون، قندهار محاصره شده را گرفتار کرد.^{۴۶} در سال ۱۷۳۹، کنسول روسیه در کاشان، وجود طاعون را گزارش نمود ولی ایرانی‌ها گفتند که "هیچ بیماری دیگری جز بیماری‌های معمول در فصل میوه، شایع نشده است"^{۴۷}.

در سال ۱۷۴۱، یک بیماری همه‌گیر مهلک، در بندر کنگ (طاعون یا وبا)، اتفاق

⁴¹ Floor 2009, p. 8, n. 26; Floor 1368, pp. 23, 63; Anonymous 1939, vol. 1, pp. 579, 621.

⁴² Floor 2009, p. 182.

⁴³ Floor 2009, pp. 44, 47.

⁴⁴ Floor 2009, p. 225.

⁴⁵ Floor 2009, p. 70.

⁴⁶ Floor 2009, p. 77.

⁴⁷ Hanway 1753, vol. 1, p. 322.

افتاد؛ ۵۰-۴۰ نفر در روز مردند به طوری که نیرو جهت دفن مردگان وجود نداشت^{۴۸}. در سال ۱۷۵۷، کریم خان زند مجبور شد که لشکر کشی خود بر علیه بنوکعب را در خوزستان، به دلیل طاعون، متوقف سازد، این بیماری در سلیمانیه نیز در ۵۸-۱۷۵۷ نیز رخ داده بود^{۴۹}. در سال ۱۷۶۰، یک رخداد همه‌گیر در کردستان وجود داشت و از ۶۷-۱۷۶۰، یک همه‌گیری شدید در مازندران کولاک کرد^{۵۰}. تفلیس و گرجستان نیز همه‌گیری‌های مکرر طاعون، در نیمه دوم قرن ۱۸، داشتند. در سال ۱۷۷۰، حدود ۸۰۰۰ نفر به علت طاعون در تفلیس فوت کردند. "(بدون شمارش مرده‌ها در روستاها)"^{۵۱}.

در سال ۱۷۷۳، در سلیمانیه کردستان و نیز در عراق، بصره، همچنین در دو طرف خلیج فارس یک رخداد طاعون وجود داشت^{۵۲}. در سال ۱۷۷۴، یک بیماری همه‌گیر در کرمانشاه بود^{۵۳}. در سال ۱۷۸۴، سربازان آقا محمد خان در تهران به وبا که خاصه آن ملک است، دچار شدند^{۵۴}. در سال ۱۷۹۷ و ۱۷۹۸ مجدداً سلیمانیه دچار یک بیماری همه‌گیر شد^{۵۵}.

طاعون

دوره قاجار

عامل ایجاد طاعون تا سال ۱۸۹۴ شناخته نشده باقی ماند، زمانی که شیباسابورو کیتاساتو و الکساندر یرسین مستقل از هم کشف نمودند که طاعون به وسیله پاستورلا

⁴⁸ Elgood 1951, p. 413.

⁴⁹ Layard 1846, p. 43; Tholozan 1874, p. 18.

⁵⁰ Tholozan 1874, p. 18.

⁵¹ Brosset 1849, vol. II/2, p. 241.

⁵² Ritter 1852-59.

⁵³ Sticker 1908, p. 269.

⁵⁴ E'tezad al-Saltaneh 1370, p. 34.

⁵⁵ Sticker 1908, p. 275.

سپتیس (موسینیا سپتیس)، یک باکتری، به وسیله کک جوندگانی نظیر موش‌های بیابانی و صحرائی، به انسان منتقل می‌شود، کنترل جوندگان در مناطق آلوده بسیار مهم شد. بسته به عفونت ریوی و یا شرایط بهداشتی، طاعون می‌تواند از طریق هوا، تماس مستقیم و بسیار به ندرت از راه غذای آلوده خوب پخته نشده، گسترش یابد.

علایم طاعون در هر شخص بستگی به محل تجمع عفونت دارد: طاعون خیارکی در غدد لنفاوی، طاعون سپتیسیمیک در عروق خونی، طاعون ریوی در شش‌ها. اگر بیماری در مراحل ابتدایی تشخیص داده شود، قابل درمان است.^{۵۶} تولوزان استدلال می‌کرد که کردستان عراق و ایران منشاء طاعون در عراق بودند.^{۵۷} هر چند پیشنهاد شد که همه‌گیری‌های گیلان و مازندران ممکن است آستاراخان و سرزمین‌های روسیه را آلوده کرده باشند.^{۵۸} همین موضوع نیز در مورد بنادر ایرانی در خلیج فارس و خوزستان پنداشته می‌شود، به این گونه که به احتمال زیاد، بیماری سهواً از هند وارد شده بود.^{۵۹}

بر اساس گفتار نلیگان، یکی از دلایل بومی نبودن طاعون (جدای از سواحل دریای مازندران و بنادر جنوبی)، نبودن موش‌های صحرائی در ایران و حاملین غیرانسانی دیگر بوده است.^{۶۰} گرچه، ژربیل‌ها (موش سانان؛ موش صحرائی) سنجاب‌ها و بقیه جوندگان ایران هستند که می‌توانند حاملین طاعون باشند. همچنین کک‌ها که می‌توانند به عنوان ناقل بیماری عمل کنند.^{۶۱} تولوزان، پزشک شخصی ناصر الدین شاه و رئیس

^{۵۶} بنگرید: cdc.gov/plague/symptoms

^{۵۷} Tholozan 1871; Idem 1874.

^{۵۸} Anonymous 1877, p. 587; Simpson 1905, pp. 38-39.

^{۵۹} Gilmour 1924, p. 40; Polak 1865, vol. 2, p. 346; Baker 1886, p. 325; Lorimer 1915, vol. 2, pp. 2531-44.

^{۶۰} Neligan 1926, part II, p. 691.

^{۶۱} Government of Great Britain 1945, p. 414;

برای داده‌های دیگر درباره جوندگان ناقل طاعون در ایران، بنگرید:

Azizi and Azizi 2010, p. 566

برای پیشگیری و کنترل رخدادهای طاعون، بنگرید: CDC/plague/prevention

مجلس حفظ الصحه که مطالعه‌ای مخصوص در مورد رخداد این بیماری در ایران انجام داد، عنوان نمود که طاعون، در ایران، به سختی مقیاس‌های بومی کسب می‌نماید. او بیماری ۳۳-۱۸۲۹ را یک همه‌گیری تلقی کرد^{۶۲}. چنین به نظر می‌آید پدیداری طاعون در سال ۱۸۳۱، در ایران در آغاز به نواحی دریای مازندران و استان خراسان محدود مانده باشد.

بر اساس برآورد روس‌های آن زمان، استان‌های همجوار دریای مازندران، حدود ۳۰۰۰۰۰ نفر یا یک سوم جمعیت خود را از دست دادند که یک اثر چشمگیر و منفی بر روی تولید محصولات اصلی آن ناحیه نظیر برنج و ابریشم گذاشت^{۶۳}. در سال ۱۸۳۳، طاعون با شدت بیشتری در هر جایی از ایران تاخت و تاز کرد، مانند بوشهر که طی ۲ ماه بیش از یک سوم جمعیت آن مردند. طاعون ۳ ماه طول کشید (بین ۱۰ مارس و ۲۶ ژوئن ۱۸۳۲) و بسیاری از بنادر خلیج فارس نیز خالی از جمعیت شدند^{۶۴}.

گزارش شده است در ماه می در یک دوره معین، ۱۰۰-۲۰۰ نفر در روز در بوشهر می‌مردند. در روستاهای همسایه که جمعیت بوشهر به آنجا گریخته بودند، به همان میزان، مرگ و میر مشاهده می‌شد. کل تعداد فوت شدگان در بوشهر نصف جمعیت شهر بود، گرچه محلی‌ها آن را ۶۵٪ تخمین زدند^{۶۵}. طاعون برای مدت سه سال بدون وقفه تا اکتبر ۱۸۳۴، کرمانشاه را مورد ویران‌گری قرار داد و در نتیجه جمعیت آن به شدت کاهش یافت^{۶۶}. طاعون در سال‌های ۱۸۳۱ و ۱۸۳۲ به خوزستان رسید و در طی این زمان، ۲۰۰۰۰ کشته برجای گذاشت^{۶۷}.

⁶² Tholozan 1871; Idem 1874.

⁶³ Kukanova 1984, pp. 58-60; Rabino 1917, p. 55; Polak 1865, vol. 2, p. 346; Brugsch 1862, vol. 2, p. 474; Tavili 1371, vol. 2, p. 231.

⁶⁴ Kempthorne 1835, p. 283; Saldanha 1986, vol. 2, p. 308.

⁶⁵ Anonymous 1833, p. 34; Idem 1832-1833, p. 797.

⁶⁶ Shirvani 1315, p. 294; Teule 1842, vol. 2, pp. 483-84.

⁶⁷ Layard 1887, pp. 42, 293; de Bode 1845, vol. 2, p. 149;

برای اثر اقتصادی و دموگرافیک همه‌گیری در ایران، بنگرید:

Seyf 2002; E' temad al-Saltaneh 1345, p. 35.

بر اساس گفتهٔ تولوزان، بروز طاعون به شکل همه‌گیر در قرن نوزدهم اتفاق افتاد، در سال‌های ۱۸۷۰ و ۱۸۷۱ که دومین همه‌گیری به شمار می‌آمد. هر چند در سال ۱۸۶۳، به همین شکل، در کردستان و ماکو، پیش از این رخ داده بود. همچنین طاعون در ۶۷-۱۸۶۶ در استرآباد پدیدار شد^{۶۸}. رخداد بعدی طاعون در ۱۸۶۸ اتفاق افتاد و مجدداً جمعیت بوشهر را تباہ کرد^{۶۹}. در ۷۱-۱۸۷۰ همه‌گیری اساساً محدود به کردستان بود و روستاهای تا ارتفاع دو هزار متر را نیز گرفتار نمود، بالاترین شدت در ساوجبلاغ بود ولی در بانه، بیماری خفیف بود.

تولوزان نتیجه‌گرفت سرزمین مرتفع کردستان یک مرکز بومی شده طاعون برای بسیاری سال‌ها بوده است و بین سال‌های ۱۸۶۵ و ۱۸۷۵، تعداد ۱۵ رخداد طاعون اتفاق افتاد^{۷۰}. در سال ۱۸۷۶، طاعون مناطق دزفول - شوشتر را گرفتار نمود، با ۱۸۰۰۰ مورد بیماری و ۱۸۰۰ مورد مرگ و همچنین دو روستا در فاصله ۲۵ فرسخی دریای مازندران. در مارس ۱۸۷۷، در رشت و اطراف آن نیز دچار شدند و گفته شده که در آنجا ۴۰۰ نفر کشته بر جای گذاشت. در مارس ۱۸۷۷ طاعون خفیف در گیلان اتفاق افتاد که تا نوامبر به طول انجامید و باعث بر جای ماندن صدها کشته شد.

بیماری در سپتامبر ۱۸۷۷، منطقهٔ خلخال و احتمالاً استرآباد را درگیر نمود. از ژانویه تا آوریل ۱۸۷۸، طاعون مجدداً در کردستان (ساوجبلاغ)، به شکل همه‌گیر، ظاهر شد^{۷۱}. به رخدادهایی که در آذربایجان، خراسان و هرات، وجود داشت اشاره شده است، "گرچه بیماری تب دار با تظاهرات مشخصه طاعون سیاه واقعی بود، ولی با مرگ

⁶⁸ Simpson 1905, p. 38; Anonymous 1877, p. 587; Quain, Bruce, and Roberts 1884, pp. 1203-04; Clemow 1903, p. 324.

⁶⁹ Geary 1878, vol. 1, p. 64.

⁷⁰ Schlimmer 1970, pp. 433-55; Tholozan 1871; Idem 1874.

⁷¹ Clemow 1903 p. 324; Simpson 1905, p. 38; Quain, Bruce, and Roberts 1884, pp. 1204; Tholozan 1879, p. 7; Elgood 1951, p. 519; Issawi 1971, p. 21; AP 82 (1878), p. 697-99; Anon. 1882, p. 167; Nazare-Agha 1903, p. 32; Tavili 1371, vol. 2, p. 232.

و میر بالایی همراه شد و در عرض چند ماه پایان یافت^{۷۲}. به گفته بیکر (Baker) در ۱۸۸۱، طاعون کردستان شمالی و دو روستا در خراسان، نزدیک مرز افغان را درگیر نمود که در عرض ۴۰ روز پایان یافت. در سال ۱۸۸۲، مجدداً یک همه‌گیری در ساوجبلاغ و اوزون دره، سال ۱۸۸۳ در دیوان دره و اطراف آن، ۱۸۸۵ در همدان و نزدیکی‌های آن، محل تجمع برای زیارت و دفن اجساد در عتبات و همچنین یک حمله شدید بیماری در روستاهای نزدیک به قزوین و ظاهراً خراسان نیز اتفاق افتاد.

در سال ۱۸۸۹، طاعون در روستاهای نزدیک مریوان و در ۱۸۹۰ در ناحیه ماهیدسته نزدیک مرز ترکیه بروز کرد. در ۱۸۹۹، یک طاعون خفیف و کوتاه مدت در قشم، دیلم و یکی دیگر در بوشهر (از انتهای ماه مه تا آگوست) و دوباره در سال ۱۹۰۰ در بخش دیوان دره که در آن جا بسیاری از مردم از بین رفتند، رخ داد^{۷۳}. طاعون در انتهای می ۱۸۹۹، دوباره ظاهر شد. در انتهای آگوست ۱۸۹۹، بوشهر دوباره عاری از بیماری بود. اما در ۲۹ می توسط جراح نمایندگی بریتانیا، مشاهده شد. تشخیص وی به وسیله پزشک روسی تأیید شد. نمایندگی بریتانیا از دولت هند تقاضای کمک‌های پزشکی (در صورت توافق مسئولین ایرانی) جهت طرح عملیاتی پیشگیری از گسترش بیماری را نمود. به تهران نیز اطلاع داده شد که به حاکم بوشهر مسئولیت اجرای عملیات پیشنهادی داده شود که شامل سوزاندن لباس‌های کهنه و اشیای آلوده و نگهداری در قرنطینه می‌گردید.

به جای انجام چنین کارهایی حاکم شهر از علما نظر خواهی نمود و علما نیز طرح را رد کردند. داستان‌هایی در شهر می‌چرخید که دکترهای اروپایی قصد مسموم کردن بومی‌ها را دارند. حاکم وقت به تهران خبر داد که پس از بررسی‌های لازم، مشخص

⁷² Baker 1886, p. 325.

⁷³ Clemow 1903, pp. 324-25, 339; Simpson 1905, p. 39; Lorimer 1915, vol. 2, pp. 2538, 2548; Elgood 1951, pp. 524-25; Sirjani 1361, p. 570; Vaume 1887, p. 22; Nazare-Agha 1903, p. 32; Baker 1886, p. 325.

گردیده طاعونی وجود ندارد.

این طرح در نیمه‌های انجام توسط جمعیت مسلمان مورد مخالفت قرار گرفت؛ بر علیه آن آشوب برپا کردند و حاکم در انتهای جولای درخواست دستورات واضح از تهران نمود و به یک گروه از تجار در نماز جماعت گفت که دولت از سوی پزشکان خارجی تحت فشار است و بنابراین آن‌ها باید از شاه فرجام خواهی کنند، سپس در ۲۴ جولای، ارزل و اوباش، آشوب به پا کردند. دلیل احتمالی آن این حقیقت بود که پزشک انگلیسی به خانه سید رفته بود و همسر او را که آلوده به بیماری بوده، ویزیت کرده بود. معاینه بیمار در خانه یک مسلمان، غیرقابل قبول بود و علما خواستار توقف آن شدند.

چند عمل ناخوشایند جلوی نمایندگی بریتانیا اتفاق افتاد، جایی که مردم چندین درخت را قطع نموده و از بین بردند. "مردم مغازه‌های خود را بستند و در مساجد تجمع کردند، در حالی که روحانیون با صدای بلند برای آنان نطق می‌کردند". علما و محمد شریف به آشوب گران غذا و مایحتاج دادند، محمد شریف تاجری بود که شایعه معاینه زنان توسط اروپاییان و سوزاندن مردگان را پخش کرد. دلیل آشفتگی محمد شریف آن بود که شرکت تجاری او سفته‌های بانکی صادر کرده بود و این، تخلف از قوانین بانک شاهی ایران محسوب می‌شد و سفیر انگلیس به دولت ایران فشار وارد می‌کرد تا این چک‌های غیرقانونی را جمع‌آوری کند.

افزون بر این، محمد شریف سابقه برخورد با انگلیسی‌هایی داشت که قبلاً درخواست بازداشت و جریمه وی را به دلیل کلاهبرداری نموده بودند. او رابطه خوبی با داببیا (prince Dabjiba)، کنسول روسیه در اصفهان داشت و او را برای ساخت کنسولگری روسیه در بوشهر ترغیب کرده بود. در زمان وقوع طاعون داببیا از بوشهر دیدن می‌کرد و از پذیرش قرنطینه خودداری کرد و اعلام کرد که هیچ طاعونی وجود ندارد. در سوم آگوست ۱۹۰۰، تنش فروکش کرد زیرا حاکم تهدید به استفاده از زور در صورت لزوم، انجام داد. در نتیجه، در روز بعد، بازار برای کسب و کار باز شد. یک

ماشین ضد عفونی کننده از هند فرستاده شد که در انتهای سپتامبر عملیاتی شد. حاکم پذیرفت که از آن در صورتی که نا آرامی دیگری نباشد استفاده شود. برای استفاده از این ماشین ایستگاه قرنطینه گذاشته شد و انتظار می رفت که در سال ۱۹۰۰ عملیاتی باشد. به درخواست نمایندگی بریتانیا، بعضی از رهبران حلقه آشوب را فلک کردند و برخی دیگر نیز از شهر اخراج شدند.

جهت اثبات موضوع، تهران یک پزشک ایرانی به نام زین العابدین خان، به بوشهر فرستاد. پس از بررسی، او پنج نتیجه گرفت: (i) قرنطینه برای کسانی که از راه دریا می رسند، اختیاری بوده و فقط ایرانی ها بازداشت می شدند، نه اروپایی ها و نه کارکنان کشتی. (ii) چندین نفر در قرنطینه مردند (به دلیل اسهال، شکستگی دنده ها) و یک مرد که به دلیل اسهال فوت کرده بود، به وسیله دوستانش دفن گردید و با یک نفر دیگر جایگزین شد، بدون این که پزشک قرنطینه متوجه شود. (iii) یکی از افراد مشکوک به طاعون، احتمالاً به سفلیس مبتلا بوده است. (iv) پزشک روسی، شیوه قرنطینه را ناکافی می دانست. (v) ایرانی ها از پزشکان اروپایی به دلیل طرح های بهداشتی وحشت داشتند، بنابراین فقط موارد معمولی بیماری را نزد آن ها می بردند نه بیماران بد حال را. انگلیسی ها به اولین نکته گزارش واکنش نشان دادند و گفتند آن ها فقط از قوانین کنوانسیون ونیز پیروی کرده اند. به این صورت که قوانین قرنطینه در مورد مسافران درجه یک و درجه دو، راحت تر در نظر گرفته می شوند. اما آن ها موافق بودند که این قوانین باید طبق شرایط ایرانی ها بهبود داده شوند و با همه افراد، یکسان رفتار گردد.^{۷۴}

⁷⁴ Lorimer 1915, vol. 1, p. 2548; Administration Report 1899-1900, pp. 2-3; Hamidi 1378, pp. 52-56; Heravi 1372, p. 133; Sa`adat 1390, pp. 136-37;

سعادت می نویسد این پزشک روس نبود، بلکه زین العابدین خان، پزشک ایرانی بود که توسط حکومت فرستاده شده بود و با پزشک بریتانیایی موافق نبود. نتیجه گیری او در خلاف اهداف بیان نشده بریتانیایی ها بود و در نتیجه، این پزشک معزول گردید. بر اساس گفته دو ویلمورین، سیاح فرانسوی در سال ۱۸۸۹، در زمانی که بریتانیایی ها بر قرنطینه سخت گیری نمودند، اجازه دادند که کشتی های بریتانیایی وارد بندر و ساحل شوند.

De Vilmorin 1895, p. 350

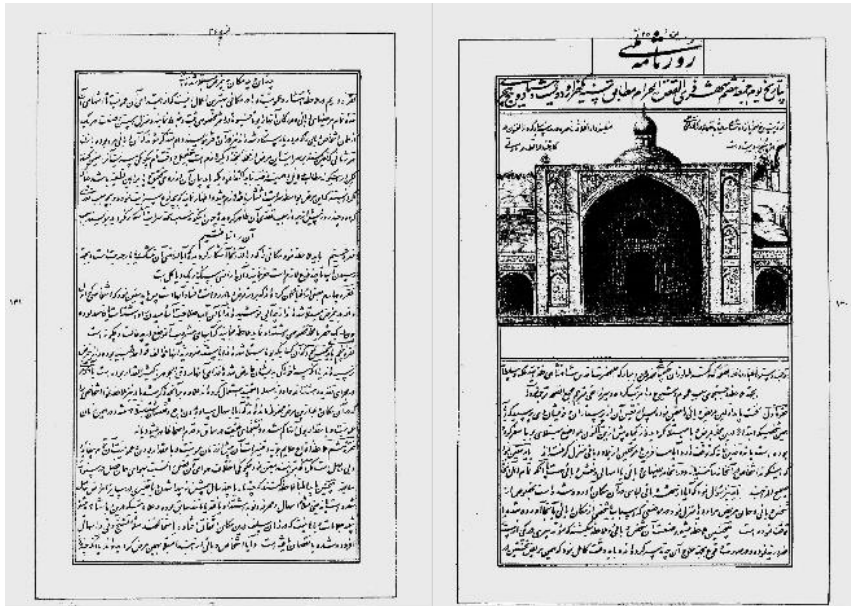
جدول ۱-۲: تعداد مرگ و میر در اثر طاعون در بوشهر در سال ۱۸۹۹

سال - ماه	مورد مرگ
ژوئن ۱۸۹۹	۵۳
جولای	۳۷
آگوست	۳۱
سپتامبر	۴۰
اکتبر	۴۱
نوامبر	۴۹
دسامبر	۳۶
ژانویه	۲۰
فوریه	۱۸

Administration Report 1899-1900, pp. 2-3.

در قرن بیستم، رخدادهای جزئی طاعون ادامه یافت که اهمیت منطقه‌ای داشتند. مهمترین آن‌ها در سال ۱۹۰۶، در سیستان، اتفاق افتاد که طی آن ۱۴۰۰ نفر مردند. بیماری به جمعیت نیمه کوچ نشین صیاد که در اطراف دریاچه سیستان زندگی می‌کردند، محدود باقی ماند. اما چگونه این مناطق غیرقابل دسترس آلوده شدند، در حد ظن و گمان باقی مانده است. "احتمالاً بیماری از طریق کالاهای وارداتی (لباس‌های کهنه) از هند به این مناطق وارد شده بود. حتی گمان می‌شد که از طریق اردک‌های وحشی که مردم سیستان آن‌ها را شکار می‌کردند وارد شده باشد. این اردک‌ها از موش‌های مرده تغذیه کرده و کک‌های آلوده را با خود در طی مهاجرت از آستاراخان که طاعون در آن بومی بود، آورده بودند"^{۷۵}.

⁷⁵ Government of Great Britain 1945, p. 413-14; Elgood 1951, pp. 528-29.



تصویر ۱- روزنامه ملتی سنیه ایران شماره ۲۵ به تاریخ ۷ ذی القعدة ۱۲۸۵ قمری
 حاوی ترجمه فارسی گزارشی که تولوزان در پی بروز وبا در تهران و برای مبارزه با آن منتشر نمود.

بین سال‌های ۱۹۰۶ و ۱۹۲۴، طاعون عمدتاً در بنادر خلیج فارس رخ داد. در ۱۹۰۴-۰۵، بر اساس دستورالعمل‌های سخت‌گیرانه قرنطینه، بوشهر عاری از طاعون باقی ماند، در حالی که در مناطق مجاور، بیماری غوغا می‌کرد و مردم را از بین می‌برد.^{۷۶} در آوریل ۱۹۱۰، علیرغم اقدامات پیشگیرانه، بوشهر مجدداً دچار طاعون شد و در بهار ۱۹۱۱، با همه‌گیری بسیار شدید رو به رو گردید. این ماجرا منجر به فرار مردم شد و اثر کاهنده بر روی تجارت گذاشت. در سال ۱۹۱۰، ۶۶ نفر و در سال ۱۹۱۱، ۹۸ نفر مردند. کل مرگ و میر، ۶۳۷ نفر در سال ۱۱-۱۹۱۰ در مقابل ۹۶۵ نفر در سال قبل بود که ۲۵٪ از آن‌ها کودک بودند. خودداری صاحبان خانه‌ها از بازدید خانه‌هایشان، زمانی که گزارش بیماری در میان آن‌ها می‌شد، موجب گردید که بازداری از گسترش بیماری، محدود شود.^{۷۷} طاعون دوباره در فوریه ۱۹۱۲، ظاهر شد و تا کمارج پیشروی کرد و باعث گریختن ۶۰۰۰ بوشهری به خرمشهر، بصره و جاهای دیگر شد. کل خانواده‌ها از طاعون می‌مردند. مسئولین اصرار به آبله کوبی ساکنین داشتند و ۴۰۴۸ مورد آبله کوبی انجام گرفت که نسبت به گذشته بسیار بهتر بود (۴۱۱ مورد در ۱۹۱۱) و بالاترین کارآمدی در مورد این گروه بود.

همه‌گیری تا ژوئن ۱۹۱۲، طول کشید و تعداد کشته شدگان ۷۲۹ یا ۷۵٪ از تعداد ۹۶۵ مورد بیماری گزارش شده بود با مرگ و میر ۴-۳٪ از کل جمعیت.^{۷۸} با تخمین جمعیت ۲۰۰۰۰ نفری برای بوشهر (۲۵۰۰۰ برای شبه جزیره)، چنین میزان

⁷⁶ Administration Report 1904-1905, p. 2.

⁷⁷ Trade Report 1910-11, p. 6; Political Diaries vol. 4, p. 95.

برای دیگر ارقام مرگ و میر به دلیل طاعون ۱۹۱۱ و نیز تعداد مرگ‌ها بر اساس مکان، بنگرید: Sadid al-Saltaneh 1371, pp. 115-16 and Sa`adat 1390, pp. 173-74.

تعداد کلی مرگ و میر در خلیج فارس تا حد ۲۰۰۰ نفر گزارش داده شد:

IOR/L/PS/10/184, File 3004/1910 'Tehran Sanitary Council', Neligan to Minister, Tehran, 08/08/1911.

⁷⁸ Trade Report 1911-12, p. 6; Administration Report 1912, p. 17, 34; Sa`adat 1390, p. 174.

مرگ و میری باعث معلق شدن تجارت گردید و ۸۰۰۰ نفر بین فوریه - ژوئن شهر را ترک کردند. از آوریل تا می، بازار تعطیل گردید و فقط مایحتاج زندگی فروخته می شد. کارگران یدی، غیرقابل دسترسی بودند و کشتی ها به سختی تخلیه می شدند. طاعون حتی تا روستاهای ۵۰ کیلومتری داخل خشکی نفوذ کرده بود. مرگ و میر عمومی ۳۹۸ بزرگسال، ۲۰۱ کودک در مقابل ۶۳۷ (۱۱-۱۹۱۰) و ۹۶۵ (۱۰-۱۹۰۹) بود.^{۷۹} در آوریل ۱۹۱۳، طاعون بار دیگر در بوشهر ظاهر شد، اما به شکل خفیف که موجب بیماری ۳۰ نفر و فوت ۲۵ نفر گردید.^{۸۰} این ارقام فقط نشانگر وخامت اوضاع هستند، زیرا همان طور که پزشکان انگلیسی بیان داشته اند، "هیچ آماری که ارزش ارائه برای نشان دادن گستردگی بلاهای ایجاد شده باشد، وجود ندارد"^{۸۱}.

جدول ۱-۳: تخمین کل مرگ و میر بر اثر طاعون در بوشهر (۱۹۱۶-۱۸۹۹)

سال	طاعون	علل دیگر	کل مرگ و میر
۱۸۹۹-۱۹۰۰	-	۴۰۸	۴۰۸
۱۹۰۹-۱۰	۶۶	۸۹۹	۹۶۵
۱۹۱۰-۱۱	۹۸	۵۳۹	۶۳۷
۱۹۱۱-۱۲	۷۲۹	۵۹۹	۱۳۲۸
۱۹۱۲-۱۳	۶۷۸	۵۱۸	۱۱۹۶
۱۹۱۳-۱۴	۲۵	۵۰۰	۵۲۵
۱۹۱۴-۱۵	-	۴۳۶	۴۳۶
۱۹۱۵-۱۶	۳	۵۷۱	۵۷۴
۱۹۱۶-۱۷	-	۱۱۴۹	۱۱۴۹

⁷⁹ Trade Report 1911-12, p. 6; Sa`adat 1390, p. 174 (for different mortality figures).

⁸⁰ Trade Report 1912-13, p. 12; Administration Report 1913, p. 34.

⁸¹ Trade Report 1920-21, p. 2.

در همان زمان، نرخ متوسط مرگ در بوشهر حدود ۳۴ در ماه یا ۴۰۸ در سال تخمین زده شد. با در نظر گرفتن ۲۰۰۰۰ نفر، نرخ مرگ ۲۰ در هزار بود. از آنجایی که هیچ سرشماری وجود نداشت و همه مرگ‌ها گزارش نمی‌شدند، این ارقام مسلماً فقط تخمینی هستند (گزارش سیاسی (۱۹۰۰-۱۸۹۹) صفحه ۲؛ گزارش تجارت (۱۹۱۴-۱۵) صفحه ۴؛ گزارش تجارت (۱۹۱۵-۱۶)، صفحه ۵).

ارقام بیشتر طی ۱۷-۱۹۱۶، به دلیل گرمایی بود که مستولی یافت و همچنین ۵۰۰۰ کارگر موقتی (روستاییان فقیر) که به بوشهر جهت خالی کردن بار کشتی‌ها در بصره، مهاجرت کرده بودند. (گزارش تجارت ۱۷-۱۹۱۶، صفحه ۵؛ گزارش تجارت ۱۸-۱۹۱۷، صفحه ۴).

در بوشهر طی ۱۵-۱۹۱۴ و ۱۶-۱۹۱۵، طاعونی وجود نداشت، به جز یک مورد در ۵ آوریل ۱۹۱۶، که توسط پنج باربر که در اول آوریل با کشتی رسیدند، وارد شد. در کل ۱۰ بیمار و ۳ مرگ روی داد^{۸۲}. بعد از آن هیچ مورد طاعون که در بوشهر اتفاق افتاده باشد، گزارش نگردید. انجام اقدامات پیشگیرانه مشکل بود زیرا به محض اطلاع از وجود بیمار طاعون "که نمی‌توانستند آن را انکار کنند، صاحبان خانه‌ها به شدت از بازرسی منازلشان رنجیده می‌شدند"^{۸۳}.

همچنین در ۱۹-۱۹۱۸، جمعیت بوشهر گرفتار همه‌گیری آنفولانزای جهانی شد، بیماری‌ای که قبل از آن ناشناخته بود. همه‌گیری در ۴ سپتامبر در بوشهر آغاز گردید و از آنجا به سمت شمال پیشروی کرد (۱۳ اکتبر در شیراز). بیماری منجر به مرگ و میر بسیار شدید شد به طوری که کل خانواده‌ها از بین رفتند. در حدود ۱۵۰۰۰ مورد بیماری

⁸² Administration Report 1916, p. 10.

⁸³ Administration Report 1910, p. 20.

گزارش گردید که ۲۰۰۰ نفر فوت کردند. هزاران نفر وحشت زده شهر را ترک نمودند.^{۸۴} در ۱۹۱۳، رخدادهای طاعون در کردستان و تربت جام (خراسان)^{۸۵} و استان کرمانشاه روی داد زمانی که بیماری در آوریل ۱۹۱۳، در بوشهر دوباره به صورت ملایم ظاهر شد، فقط ۳۰ بیمار که ۲۵ نفر از آنها فوت کردند وجود داشت. در استان کرمانشاه بیماری به مدت طولانی تری ادامه داشت به خصوص در روستای جم شوران. در ۱۳ سپتامبر ۱۹۱۳، مجلس حفظ الصحه رسماً ایران را از طاعون پاک اعلام کرد.^{۸۶} طبق گزارش‌های پزشکان ایرانی آن منطقه و همچنین دکتر حیدر میرزا که توسط مجلس حفظ الصحه به کرمانشاه اعزام شده بود، دشواری‌های بزرگی در به دست آوردن داده‌ها به دلیل نادیده گرفتن مردم محلی وجود داشت و در نتیجه آمارها بیشتر مبهم است. گیلومر توجه را به خصوصیات جالب زیر معطوف داشته است:

(۱) پراکندگی نامنظم بیماری؛ در مواردی که فقط یک نفر در یک خانواده بیمار شده بود نیز در گزارشات ذکر شده بود.

(۲) درصد موارد ریوی نسبتاً بالا

(۳) نبود مرگ و میر در میان جوانان و گزارش موارد بیماری در سگ‌های روستایی^{۸۷}

چندین رخدادهای محلی طاعون در مناطق مختلف سواحل خلیج فارس (جدول ۱-۴)

و همچنین کردستان در سال ۱۹۲۱ ادامه داشتند. (جدول ۱-۴)^{۸۸}

⁸⁴ Administration Report 1918, p. 9; Trade Report 1918-19, p. 2; George C. Kohn, Encyclopedia of Plague and Pestilence, New York, 2008, p. 299. For Iran in general, see Chapter Four.

⁸⁵ Azizi and Azizi 2010, p. 565.

⁸⁶ Government of India, Trade Report 1912-13, p. 12; IOR/L/PS/10/283, File 2612/1912 Pt 1 'Tehran Sanitary Council', Gilmore to Townley, Tehran 08/10/1913.

⁸⁷ IOR/L/PS/10/283, File 2612/1912 Pt 1 'Tehran Sanitary Council', Gilmore to Townley, Tehran 04/11/1913.

⁸⁸ Azizi and Azizi 2010, p. 565.

جدول ۴-۱: رخدادهای محلی طاعون در ایران طی ۱۹۰۶-۱۹۲۴

مرگ‌ها	موارد	سال	محل
۱۴۰۰	-	۱۹۰۶	سیستان
۶۶	-	۱۹۰۹-۱۰	بوشهر
۹۸	-	۱۹۱۰-۱۱	بوشهر
۷۲۹	-	۱۹۱۱-۱۲	بوشهر
۶۷۸	-	۱۹۱۲-۱۳	بوشهر
-	-	۱۹۱۳	کردستان- تربت جام
۲۵	-	۱۹۱۳-۱۴	بوشهر
-	-	۱۹۱۷	خرمشهر
-	-	۱۹۲۱	کردستان، تربت جام و کاریز (خراسان)
۴۵	۷۱	۱۹۲۳	خرمشهر
۴۰۹	۴۸۱	۱۹۲۳	آبادان
۱۱۵	۱۵۲	۱۹۲۴	خرمشهر
-	-	۱۹۲۴	بوشهر
۷	۱۲	۱۹۲۴	بندرعباس
-	۲۳۳	۱۹۲۴	آبادان

Government of India, *Trade Report 1913-14*, p. 7;
 Idem, *Trade Report 1914-15*, p. 4; Gilmour 1924, p. 40;
 Neligan 1926, part II, p. 691; Azizi and Azizi 2010, p. 565;
 Government of Great Britain 1945, pp. 413-14; Elgood 1951, pp. 528-29.

همان طور که از جدول ۱-۴، مشخص است، بیشترین طاعون در حاشیه ساحلی خلیج فارس، در یک چهارم اول قرن بیستم، اتفاق افتاد ولی بعد از ۱۹۲۴، رخداد بیشتری گزارش نگردید. زیرا بیشترین این رخدادهای در محل عملیاتی شرکت نفت ایران - انگلیس (APOC) اتفاق می افتاد. بخش خدمات پزشکی شرکت اقدامات مؤثری

برای پیشگیری از رخداد بیماری انجام داد. شرکت از کارکنان خود درخواست نموده بود که محل موش‌های مرده (شامل قایق‌های رودخانه، ایستگاه‌های پمپاژ و قایق‌های ته پهن را شناسایی نمایند و همچنین سعی کنند تا حد امکان موش‌ها را بکشند و محل‌های پناه موش‌ها را کاهش دهند (کاهش منابع بیماری). بعد از گرفتن موش‌ها جهت بررسی وجود عفونت طاعون معاینه می‌شدند. آبله کوبی در ۱۹۲۴، آغاز گردید و ۴۵۵۳ نفر واکسینه شدند. خانه‌ها سم پاشی شدند و هم زمان اقدامات بهداشت عمومی در زمان شناسایی موارد بیماری انجام گرفت (ضد عفونی کردن لباس‌ها، جداسازی افراد، تخریب خانه‌ها با پرداخت غرامت، ممنوعیت ساخت و ساز در همان منطقه)^{۸۹}.

جدول ۱-۵: میزان تلفات ثبت شده انسانی طاعون در استان‌های کردستان و آذربایجان غربی (۱۹۶۶-۱۹۴۷)

سال	محل	تعداد مرگ	نوع طاعون
۱۹۴۷	کردستان	۷۳	ریوی
۱۹۵۱	کردستان	۲	خیارکی
۱۹۵۲	کردستان	۵۳	خیارکی
۱۹۵۸	آذربایجان غربی	۶	خیارکی
۱۹۶۱	کردستان	۷	ریوی
۱۹۶۳	کردستان	۱۴	ریوی
۱۹۶۶	کردستان	۱	خیارکی - سپتیمی

Azizi and Azizi 2010, p. 567.

⁸⁹ Gilmour 1924, pp. 40-41; Williamson 1928, pp. 139-44; Government of Great Britain, 1945, p. 414;

نیز بنگرید به فصل پنج کتاب حاضر.

گرچه عمدتاً بیماری در بقیه ایران وجود نداشت، طاعون به عنوان یک مشکل فرعی در کردستان ادامه یافت. در سال ۱۹۴۷، رخداد طاعون ربوی در روستاهای شمالی و آغ بولاغ مرشد وجود داشت. در ۱۹۵۲ یک همه‌گیری طاعون دیگر در کردستان رخ داد. در نتیجه، انستیتو پاستور ایران یک مرکز تحقیقات بهداشت در اکنلو یک روستا بین زنجان، کردستان و همدان، برای رسیدگی به رخداد‌های بیشتر طاعون، تأسیس کرد.^{۹۰}

تا ۱۹۶۶، رخداد‌های کوچک بیماری ادامه داشت. ولی حتی قبل از آن زمان، چنین نتیجه گرفته شد که "طاعون در ایران اغلب ناشناخته بوده است"^{۹۱}. هر چند هیچ مورد انسانی برای سال‌ها گزارش نشده بوده است اما، هم چنان سه منطقه فعال بومی طاعون وجود دارند که شامل کردستان، همدان و قسمت‌هایی از شرق آذربایجان (شامل صحرای سراب) می‌شوند. قبل از کشف ۱۹۸۰، طاعون از این ناحیه آخر گزارش نگردیده بود.^{۹۲} مهمترین مخازن جوندگان در این ناحیه موش‌های صحرایی هستند.^{۹۳}

وبا

از میانه قرن نوزدهم، کلرا آسیاتیکا یا انیدیکا معمولاً به نام وبا خوانده می‌شد (همچنین مرگ موت؛ مرگامرگی)، تا پیش از آن به هر بیماری که خاصیت همه‌گیری داشت، این واژه اطلاق می‌شد. گرچه علت بیماری هنوز مشخص نشده بود ولی بیماری به واسطه علائم آن که به خوبی در توصیف‌های پزشکی یا غیرتخصصی آمده بود از بقیه ناخوشی‌های همه‌گیر نظیر طاعون قابل شناسایی بود. گرچه اولین وقوع اثبات شده وبا در ایران در ۱۸۲۱ بوده است ولی بیماری قاعداً قبل از آن تاریخ نیز باید در

⁹⁰ Azizi and Azizi 2010, p. 567.

⁹¹ US Army 1963, p. 147.

⁹² Karimi, 1980.

⁹³ Poland and Dennis n.d., p. 72.

ایران طغیان کرده باشد.

همان طوری که در سال ۱۷۶۲، رخداد وبا در هند، ثابت شده بود (نیز سال‌های ۱۷۶۲، ۱۷۷۴، ۱۷۷۵، ۱۷۸۰، ۱۷۸۱، ۱۷۸۷)^{۹۴} و با در نظر گرفتن پیوند علتی بین رخدادهای وبا در هند و ایران، باید رخداد‌های قدیمی‌تر نیز در ایران وجود داشته باشد.^{۹۵}

گرچه در کنفرانس کلرا (وبا) در استانبول در سال ۱۸۶۶، نتیجه گرفته شد که وبا در ایران بومی نیست^{۹۶} اما این بیماری به صورت منظم، باعث کاهش جمعیت ایران می‌شد. در ایران بین ۱۸۲۰ و ۱۹۰۳ هفت همه‌گیری اصلی وبا شناسایی شده است که از طرق مختلف به ایران رسیده بودند. دو مسیر مهم‌تر عبارت بودند از: (i) مسیر دریایی از غرب هند به خلیج فارس (۱۸۲۹، ۱۸۵۱، ۱۸۶۵) و سپس از طریق بوشهر به شیراز، یزد، اصفهان، کاشان و سپس تهران، به سوی رشت، جایی که بیماری به راحتی می‌تواند از راه روسیه به اروپا برود. (ii) راه زمینی از شمال غربی هند از طریق مسیر بولان (Bolan)، قندهار، هرات، مشهد، استرآباد، تهران، همدان، کرمانشاه-بغداد و فراتر یا از تهران-تبریز به ارزروم.

همه‌گیری‌های وبای هند شمال غربی، در سال‌های ۱۸۲۹، ۱۸۴۵، ۱۸۵۳، ۱۸۶۰، ۱۸۶۷، ۱۸۶۸، ۱۸۶۹، به ایران وارد شدند^{۹۷}. در سال ۱۸۷۷، و همچنین ۱۹۱۵، وبا از روسیه از طریق تجارت و جابجایی سربازان روسی وارد شد. در سال ۱۹۱۷، وبا در مازندران اتفاق افتاد و از آنجا به مشهد گسترش یافت (کل مرگ و میر ۹۰۰ نفر). در سال ۱۹۱۸، وبا مجدداً از روسیه وارد شد. رخداد بیماری به قسمت‌های شمالی

⁹⁴ Anonymous 1834, p. 511.

⁹⁵ MacNamara 1876; Bryden 1869; US Government 1875.

⁹⁶ US Government 1875, p. 75; Tholozan 1869, pp. 49-51;

همچنین بنگرید MacNamara 1876, p. 409, که موافق نتیجه‌گیری‌ها نیست.

⁹⁷ MacNamara 1876, pp. 19, 76-77, 436; Bryden 1869, pp. 19, 31, 48, 99.

کشور محدود نماند اگرچه به نظر می‌آمد که یک رخداد جدی نبود^{۹۸}. همچنین از منابع مهم بیماری، محل‌های زیارتی (مکه، کربلا، نجف و مشهد) بودند؛ در سال‌های ۱۸۳۱، ۱۸۴۶، ۱۸۵۱، ۱۸۵۲، ۱۸۵۴، ۱۸۵۶ و ۱۹۰۴، رخدادهای وبا با رسیدن زائرین از همهٔ سو، همزمان شد.

در رخداد ۱۸۵۷ وبا، کاروان‌های زائرین مشکوک به عفونت بودند. دوباره (۱۸۵۶ و ۱۹۰۴) که به دلیل شکسته شدن قرنطینه زائرین، این اتفاق افتاد. رخدادها در تهران مانند سال ۱۸۵۴، همیشه به دنبال ورود زائرین و نبش قبر برای دفن مجدد اجساد در مشهد و یا عتبات ایجاد می‌شدند^{۹۹}. وبا در ایران آهسته‌تر از اروپا گسترده می‌شد^{۱۰۰}. دلیل آن عدم وجود سیستم مناسب جاده‌ای و حرکت آهسته کاروان‌ها بود. تفاوت در بوم که در بعضی از مناطق دشت و بعضی دیگر کوهستانی بودند تفاوت در سرعت گسترش بیماری را در قسمت‌های مختلف ایران را توضیح می‌دهد.

وبا به طور عمده از طریق خوردن آب، میوهٔ خام و سبزیجات آلوده با باکتری ویبریولکرا انتقال می‌یابد. جان اسنو (John Snow)، اولین فردی بود که ارتباط بین جرم‌ها و رخداد وبا را ثابت نمود. با این حال، عمدهٔ ایرانی‌ها همانند پزشکان غربی به اعتقاد خود در مورد ایجاد وبا به دلیل هوای بد یا میاسماتا (Miasmata) (فصل سوم کتاب حاضر)، ادامه دادند؛ در حالی که دیگران موافق نظریهٔ اسنو بودند. اما پزشکان شخصی ناصرالدین شاه مانند کلوکه (Cloquet)، از معتقدان به علت هوای بد برای وبا بودند، در حالی که پزشک صاحب نفوذ تولوزان^{۱۰۱}، به غیرواگیر بودن بیماری تمایل داشت. ولی حدود دهه ۱۸۷۰، اکثریت جامعهٔ پزشکی موافق این بودند که "وبا بیماری

⁹⁸ DCR 1325, p. 12; Gilmour 1924, pp. 42-43; Neligan 1926, part II, pp. 691-92.

⁹⁹ MacNamara 1876, pp. 79, 189-91, 199, 239; Eyn al-Saltaneh 1374, vol. 2, pp. 1048-50.

¹⁰⁰ Tholozan 1869, p. 51.

¹⁰¹ Larbey, 1856.

قابل انتقال است و توسط تعداد کمی هم اکنون انکار می‌شود^{۱۰۲}.

اغلب از روبرت کخ به عنوان اولین فردی که عامل ایجاد وبا، ویبریوکلرا را شناسایی کرد، نام برده می‌شود؛ در حالی که این افتخار به درستی نصیب فیلیپو پاسینی (Filippo Pacini) می‌شود که ارگانیزم را در سال ۱۸۵۴ شناخت^{۱۰۳}. گرما و رطوبت، دو شرایطی هستند که مناسب بقای ویبریو در خارج از بدن انسان می‌باشند. شرایط نیمه گرمسیری و محیط خشک قاره‌ای با زمستان‌های سرد در ارتفاعات، محافظت در مقابل هر نوع بیماری بومی دائمی را فراهم می‌آورند. به طور عادی، زمستان سخت سرد، فعالیت ویبریو را پایان می‌دهد، اما میکروب می‌تواند در زمستان‌های ملایم‌تر معمول، در حالت نهفته باقی بماند، همان طور که در ایران در بعضی از شرایط رخ می‌داده است. بنابراین، در ایران، در نواحی ساحلی تنها جایی که گرما و رطوبت همراه هم می‌شوند، گرما عامل شایع بود. در نتیجه، در این کشور، خصوصیت بروز فصلی همه‌گیری، شاخص بود^{۱۰۴}.

نظریه پردازان قرن نوزدهم اروپا چندین نوع وبا را تشخیص دادند که بازتاب وضعیت ناقص دانش پزشکان، چه غربی و چه جالینوسی، در مورد علت، نحوه گسترش و درمان بیماری، در آن زمان بود^{۱۰۵}. جدا از کشنده‌ترین اشکال اپیدمیک بیماری (وبا یا وبای آسیایی)، آن‌ها همچنین بین بیماری تک‌گیر یا وبای پاییزی (ثقل سرد) و وبای شیرخواران (در تهران: طبیعت کردن، در همدان: خلق شدن) نیز تفاوت می‌گذاشتند، همچنین به اشتباه آن را «تب غش» نیز می‌نامیدند^{۱۰۶}. پولاک حتی یک کلرا ابلاکتاتوروم (cholera ablactatorum) را هم به عنوان یک نوع وبای بچه‌های تازه از شیر گرفته شده

¹⁰² US Government 1975, p. 54.

¹⁰³ Bentivoglio and Pacini 1995.

¹⁰⁴ برای روش‌های پیشگیری و کنترل رخدادهای وبا، بنگرید به وب سایت WHO

¹⁰⁵ برای تجزیه و تحلیل این بحث در ایران قرن نوزدهم، بنگرید:

Ebrahimnejad 1988; Idem 1998; Idem 2011, pp. 31-44.

¹⁰⁶ Eastwick 1864, vol. 1, pp. 188, 329-32.

یا یک وبای تک گیر تشخیص داد و از آن به عنوان حیضه یاد نمود.

اما، شلیمر اشاره کرده است که پزشکان ایرانی از واژه حیضه برای ارجاع به اسهال پرخوری یا سوءهاضمه اسهالی، استفاده می کردند^{۱۰۷}.

(I). اولین همه گیری قابل تأیید وبا (۲۳-۱۸۲۱) از دلتای رودخانه گنگ از طریق راه دریایی به خلیج فارس وارد شد. ظاهراً در سال ۱۸۰۵ یا ۱۸۰۶، یعنی زمانی که عباس میرزا از ایروان عقب نشینی کرد و ۶۰۰ کشته داشت که شاید به دلیل رخداد وبا بوده باشد. شاید این داستان برای پوشاندن حقیقت شکست او در کارزار جنگ بوده است زیرا نه تنها هیچ منبع دیگری به وبا اشاره نکرده است بلکه هیچ همه گیری هم رخ نداده بوده است^{۱۰۸}.

در سال ۱۸۲۱، اولین همه گیری از خلیج فارس آغاز شد، به طرف شیراز و اصفهان حرکت نمود و برای مدت دو سال در مرکز کشور باقی ماند و سپس به سمت شمال از طریق ساحل مازندران به طرف روسیه حرکت کرد^{۱۰۹} "در جولای ۱۸۲۱ به مسقط، قشم و بندرعباس رسید، جایی که ترس و وحشت ایجاد کرد، بازارها بسته شدند و اجساد دفن نشده، باقی ماندند" و مردم از شهر گریختند^{۱۰۹}. طبق گفته فریزر (Fraser)، در ۲۰ آگوست بیماری به بوشهر رسید، و در همان ماه حدود ۱۲-۱۰ نفر در روز می مردند و بسیاری از مردم از شهر فرار کردند. در سپتامبر، میزان مرگ به ۳۰-۲۰ نفر در روز، افزایش پیدا کرد.

گزارش شده است که حدود نیمه سپتامبر، زمانی که همه گیری متوقف شد، بیش از ۴۰۰ نفر مرده بودند. در انتهای ماه آگوست، بیماری به دالکی و کازرون منتقل شد و در سپتامبر در شیراز، کولاک کرد و ۶۰۰۰ نفر از جمعیت ۳۵۰۰۰ نفری را از بین

¹⁰⁷ Polak 1856, vol. 1, p. 169, vol. 2, p. 435; Schlimmer 1970, pp. 130-35. See also, Ebrahimnejad 2004, pp. 117-18.

¹⁰⁸ E'tezad al-Saltaneh 1370, p. 329.

¹⁰⁹ Anon. 1877, p. 513.

برد و بقیه گریختند. بیماری همچنين آباده را هم درگیر نمود. در اصفهان به دلیل فرا رسیدن زمستان و همچنين ممانعت از ورود مسافران و کاروان‌ها از شیراز و مردم گریخته از بیماری، گرفتاری اندکی دچار شد. سپس مسافران و کاروان‌ها به یزد رفتند و بیماری در آنجا باعث مرگ یک پنجم جمعیت شد.^{۱۱۰}

وبا در زمستان نهفته شد ولی در بهار ۱۸۲۲ باز پدیدار گردید. در جولای ۱۸۲۲، در نایین، کاشان، قم، قزوین و کرمانشاه بیداد کرد. در سپتامبر، تبریز و خوی^{۱۱۱}، و در اکتبر ۱۸۲۲ در اصفهان پدیدار شد. دولت‌شاه، فرماندار کل کرمانشاه، به بغداد حمله کرد اما به دلیل رخداد وبا مجبور به تخلیه نیروها شد. طی این عقب‌نشینی، خود او در اثر بیماری درگذشت و ارتش وی ۲۰۰۰ نفر را از دست داد؛ در حین بازگشت به همدان او روزانه ۴۰-۳۰ نفر را از دست می‌داد^{۱۱۲}. در ۳ آگوست ۱۸۲۲، ارتش ایرانی دیگری، تحت فرماندهی عباس میرزا، به عثمانی در مرز حمله کرد و به /زرروم، جایی که وبا رخ داده بود، تاخت. به احتمال فراوان، سربازان ایرانی، بیماری را از تبریز حمل کرده بودند یعنی جایی که بیماری احتمالاً توسط کاروانی از راه بغداد آورده شد.

این گروه به خوی عقب‌نشینی کردند و گسترش بیماری بر هم زده شد. وبا در ژوئن در تبریز پدیدار شده بود و تا آگوست با مرگ و میر ۳۰-۱۵ نفر در روز ادامه داشت و آن‌هایی که می‌توانستند، گریختند. در مجموع ۴۸۰۰ نفر در طی ۲۵ روز فوت کردند. از تبریز، به تهران، اصفهان و رشت-بارفروش و استرآباد و همچنين از طریق قزوین - زنجان و مراغه، بیماری گسترش یافت. از رشت، تبریز و باکو (۲۲ سپتامبر ۱۸۲۲)، بیماری به روسیه، همچنين بغداد، ارز روم و فراتر از آن گسترش یافت^{۱۱۳}.

¹¹⁰ Fraser 1984, pp. 57-67; Kennedy 1831, pp. 209-10; Hawkins 1831, pp. 183-85; US Government 1875, p. 541.

¹¹¹ US Government 1875, p. 542.

¹¹² Anon. 1877, p. 514; E'tezad al-Saltaneh 1370, p. 145.

¹¹³ Fraser 1826, pp. 316-18; Alexander 1827, p. 216; MacNamara 1876, p. 63; Anon. 1877, p. 514; US Government 1875, p. 542; E'tezad al-Saltaneh 1370, p. 397.

در سال ۱۸۲۳، در ناحیه تبریز و رشت دوباره وبا وجود داشت و در آوریل ۱۸۲۳ به تهران رسید و سپس همان سال، بیماری تقریباً سرتاسری بود و بعد از آن برای مدت ۵ سال، ناپدید شد^{۱۱۴}.

(II). دومین همه‌گیری (۱۸۲۹-۳۵) نیز از هند منشاء گرفت ولی در سال ۱۸۲۹ از طریق راه خشکی، از راه افغانستان (هرات، خراسان)، به ایران رسید و از راه نوار ساحلی دریای مازندران در سال ۱۸۳۰ به تفلیس و از طریق روسیه به آلمان، بریتانیای کبیر و سرانجام در سال ۱۸۳۲ به فرانسه وارد شد. در اکتبر ۱۸۲۹، در تهران وبا وجود داشت. در پایان ۱۸۲۹ به رشت رسید. در بهار ۱۸۳۰ یک رخداد جدید در خراسان اتفاق افتاد^{۱۱۵} و همچنین در ماه می ۱۸۳۰، تهران، رشت، انزلی و در همان حال در ماه ژوئن، به تبریز رسید (که تا اکتبر طول کشید)، یعنی جایی که ظاهراً ۳۰۰۰۰ نفر مردند و در "روستاها نیمی از ساکنین از بین رفتند"^{۱۱۶}. سپس به باکو، آستاراخان و ماوراء گسترش یافت.

در سال ۱۸۳۲، ذکر شده که در تبریز ۵٪ از ساکنین از بین رفته و همه‌گیری ۲۵ روز طول کشید؛ در بقیه ایران بیماری خفیف‌تر بود. در تهران از ورود کاروان‌ها، به توصیه مارتینگو (Martinengo)، ممانعت به عمل آمد^{۱۱۷}. در سال ۱۸۳۵، رخداد وبا در تبریز و جاهای دیگر اتفاق افتاد^{۱۱۸}. و رخداد کوچک محلی بیماری در اردوگاه ارتش در سال ۱۸۳۶ در راه هرات و همچنین در آگوست در خود مشهد رخ داد^{۱۱۹}.

(III). سومین همه‌گیری (۱۸۴۶-۴۸)، دوباره از طریق راه خشکی شمالی وارد شد؛ یعنی از هند از طریق افغانستان (ژوئن: قندهار؛ جولای: کابل و هرات)، سپس در

¹¹⁴ Administration Report 1889-90, p. 15; Khan 1908, p. 18.

¹¹⁵ MacNamara 1876, pp. 83, 89; Hawkins 1831, p. 185.

¹¹⁶ Hawkins 1831, p. 302; Elgood 462; Fowler 1841, vol. 1, pp. 31-32, 276.

¹¹⁷ Hawkins 1831, pp. 183-84.

¹¹⁸ Issawi 1971, p. 21; E'tezad al-Saltaneh 1370, pp. 220, 439.

¹¹⁹ Elgood 1951, pp. 465-76; Stuart 1854, p. 330.

فوریه ۱۸۴۶ به مشهد، ماه می در استرآباد، ژوئن ۱۸۴۶ در تهران (۷۰۰۰ نفر در ۷۰ روز مردند)، آگوست ۱۸۴۶ در اصفهان^{۱۲۰}. در بسیاری از موارد، مردم به طور ناگهانی "در یک وضعیت بی حالی و خمودی به زمین می افتادند و در عرض ۲ تا ۳ ساعت بدون تشنج یا استفراغ می مردند"^{۱۲۱}.

در تهران، در سال ۱۸۴۶، ۱۲۰۰۰ نفر مردند، ظاهراً یک چهارم از ساکنان^{۱۲۲}. در یزد، هفت تا هشت هزار و در کرمان، ۲۰۰۰ نفر در سال ۱۸۴۶، فوت کردند^{۱۲۳}. در تبریز، روزانه ۱۲۰ نفر مردند، در کل در طول ۴۰ روز ۶۰۷۷ نفر^{۱۲۴}. بیماری به بغداد، تفلیس، آستاراخان و اروپا ادامه پیدا کرد ولی به شهرهای جنوبی ایران نرسید. بیماری در ۱۸۴۷، به شکل همه گیری در سرتاسر ایران باقی ماند؛ و در تبریز ۵۰۰۰ کشته بر جای گذاشت^{۱۲۵}. طی همه گیری ۱۸۴۷ تهران، مرده شورها، تعداد ۴۷۶۰ مرده را شمارش نمودند، اما گفته می شود که این یک عدد تخمینی و کمتر از حد واقعی بود^{۱۲۶}.

(IV). در ۶۱-۱۸۵۱ همه گیری چهارم اتفاق افتاد و برای چند سالی فعال باقی ماند^{۱۲۷}. همچنین در عراق و روسیه نیز وجود داشت. در جولای ۱۸۵۱، وبا از طریق هند وارد خلیج فارس شد و در عرض سه ماه کل جنوب ایران را تحت تأثیر قرار داد که تا سال ۱۸۵۲ به طول انجامید^{۱۲۸}. خرمشهر در جولای ۱۸۵۱، دچار بیماری شد.

¹²⁰ US Government 1876, p. 687; MacNamara 1876, p. 154.

¹²¹ Mullen 1889-90, p. 15.

¹²² Elgood 1951, pp. 496-97.

¹²³ Amanat 1983, pp. 132, 152.

¹²⁴ Issawi 1971, p. 21; Amanat 1983, p. 213.

در سال ۱۸۴۶، بهمن میرزای حاکم، دفن موقت اجساد برای انتقال برای دفن نهایی در عتبات را ممنوع کرد زیرا "این رسم خطر رخدادهای مجدد وبا را ایجاد می کرد." Afkhami, 2003

¹²⁵ Mullen 1889-90, p. 15; Issawi 1971, p. 21; Amanat 1983, p. 213.

¹²⁶ Issawi 1971, p. 21, n. 7.

¹²⁷ Khan 1908, p. 23; Polak 1856, vol. 2, p. 345; Issawi 1971, p. 21.

¹²⁸ Bryden 1869, p. 118; Mullen 1889-90, p. 15.

این بیماری در دیگر شهرهای مرزی ایران، در کردستان و آذربایجان، دنبال شد. این بار، بیماری به وسیلهٔ زائران ایرانی آلوده که از عتبات باز می‌گشتند، پخش گردید^{۱۲۹}. در سال‌های ۱۸۵۱ و ۱۸۵۲، وبا در تمامی جنوب ایران وجود داشت؛ در آگوست ۱۸۵۱، حدود ۳۰ مورد مرگ در روز در بوشهر وجود داشت. بیماری در ماه اکتبر با گذاشتن حدود ۵۰۰ کشته در بوشهر ناپدید شد^{۱۳۰}. در فوریه ۱۸۵۲، همه‌گیری به تهران رسید، وحشت غالب شد و مردم گریختند؛ روزانه تا ۱۰۰ مورد مرگ وجود داشت. از آنجا، همه‌گیری در تمامی جهات، پخش شد؛ به قزوین، زنجان، همدان، شیراز و شاهرود و مازندران^{۱۳۱}. در ۱۷ نوامبر ۱۸۵۲، وبا در تبریز بود و باعث مرگ ۱۲۰۰۰ نفر شد. از آنجا، بیماری به شهرهای دریای مازندران، ارومیه، یعنی جایی که ۳۰۰۰ نفر مردند، منتقل شد. بیماری، خصوصاً در سولدوز و خوی، شدید بود (۱۱ سپتامبر)^{۱۳۲}. طی بهار ۱۸۵۳، کل ایران، به خصوص در شمال، دچار همه‌گیری شدید وبا شد. که دلیل آن رخداد زودتر وبا در سال ۱۸۵۲ در پنجاب بود^{۱۳۳}. در تهران، طی ماه می تا ژوئن ۱۸۵۳، ۱۵۰۰۰ نفر از جمعیت ۱۰۰۰۰۰ نفری، فوت نمودند. در ۱۵ ژوئن، بیماری در استرآباد، اصفهان و در ۲۹ ژوئن در شیراز و بوشهر وجود داشت. در ۱۳ ژوئن، در همدان و کرمانشاه و همچنین خرمشهر بیماری وجود داشت که از آنجا به بصره، و کل کشور همراه با سربازهای گریخته، منتقل گردید.

در تبریز، مانند همیشه در پاییز، وبا شیوع یافت^{۱۳۴}. در پایان سپتامبر ۱۸۵۴، وبا در تهران دوباره پدیدار شد، هر چند که به اندازهٔ سال ۱۸۵۳، مرگبار نبود. شیوع در زمانی اتفاق افتاد که جهت دفن مجدد اجساد کسانی که در سال ۱۸۵۳ از وبا فوت

¹²⁹ MacNamara 1876, pp. 188-90.

¹³⁰ Binning 1854, vol. 1, p. 144; Lorimer 1915, vol. 1, p. 2052.

¹³¹ Elgood 1951, pp. 506-07; Binning 1854, vol. 2, pp. 411, 418.

¹³² MacNamara 1876, pp. 191-92.

¹³³ MacNamara 1876, pp. 195-96; US Government 1875, p. 625.

¹³⁴ Amanat 1983, p. 213; Petermann 1865, p. 225.

کرده بودند، نقش قبر انجام شد! طبق گفته کلوکه، این تنها منشاء عفونت بود، همچنین منشاء وبا در مکان‌هایی بود که کاروان اجساد عبور می‌کردند. یک رخداد شدید نیز در گیلان و مازندران وجود داشت^{۱۳۵}. در ۱۷ اکتبر ۱۸۵۵، وبا در تهران و سپس در تبریز دوباره پدیدار شد^{۱۳۶} و سپس کل شمال ایران تحت تأثیر قرار داد.

در ۱۷ سپتامبر ۱۸۵۶، وبا مجدداً در شمال شرقی ایران شایع شد که از مولتان (هند) وارد شده بود^{۱۳۷}. بیماری به رشت رسید و در ۶ اکتبر در تهران، در ۱۷ سپتامبر بیماری در اصفهان، همدان و کرمانشاه و سپس در تبریز بود. زائرین در خانقین، قرنطینه را شکستند و بیماری را بیشتر منتشر کردند. در کرمانشاه، بیماری طغیان کرد^{۱۳۸}. در سال ۱۸۵۷ وبا دوباره در شمال شرق ایران بود که به شیراز و تبریز گسترش یافت. رخداد ۱۸۵۷ شیراز، تهاجمی‌ترین از سال ۱۸۲۱، محسوب گردید. اپیدمی، ساکنین خلیج فارس و مناطق داخلی‌تر و بین‌النهرین را نیز تحت تأثیر قرار داد. کاروان‌های زائرین، مشکوک به انتشار بیماری بودند^{۱۳۹}. در سال ۱۸۵۸، وبا در تهران و قم وجود داشت. در خرمشهر، ۳۳ مورد مرگ روزانه رخ می‌داد. در ۱۳ اکتبر بیماری در بصره گسترش یافت^{۱۴۰}.

در نوامبر ۱۸۶۰، وبا زمانی که قشون آلوده ایرانی از ماوراءالنهر برگشتند، مجدداً وارد ایران شد^{۱۴۱}. بیماری همچنین در تبریز شایع گردید و در مدت شش هفته، ۲۵۰۰ مورد مرگ ثبت شد^{۱۴۲} در سال ۶۱-۱۸۶۰، وبا در یزد، بدون منشاء قابل شناسایی،

¹³⁵ MacNamara 1876, pp. 199; Brugsch 1865, vol. 2, p. 483.

¹³⁶ MacNamara 1876, pp. 239.

¹³⁷ US Government 1875, p. 624; Bryden 1869, p. 19.

¹³⁸ MacNamara 1876, pp. 238; Amanat 1983, p. 213; de Gobineau 1859, vol. 2, p. 234; Rabino 1917, p. 55.

¹³⁹ MacNamara 1876, pp. 239; Issawi 1971, p. 21; Amanat 1983, p. 213; Clerk 1861, p. 45.

¹⁴⁰ MacNamara 1876, pp. 239-40.

¹⁴¹ Bryden 1869, pp. 109, 119.

¹⁴² Amanat 1983, p. 213; Issawi 1971, p. 21.

وجود داشت^{۱۴۳}. در ۱۹ دسامبر ۱۸۶۰، بیماری در کرمانشاه بسیار شدید بود. در میانه دسامبر ۱۸۶۰، بیماری در تهران با مرگ و میر بسیار شیوع یافت، همچنین در ژانویه ۱۸۶۱، با کل مرگ ۱۰۰۰ نفر در تهران روی داد؛ در ۳۱ جولای ۱۸۶۱، در همدان، ۸۰ مورد بیماری در روز گزارش گردید؛ در ۲۸ آگوست ۱۸۶۱ در کرمانشاه ظاهر شد و ظاهراً ۳۰۰ مورد مرگ در روز در جمعیت ۲۵۰۰۰ نفری، روی داد^{۱۴۴}.

در سال ۱۸۶۱، وبا در مشهد دوباره پدیدار شد و ۱۲۰-۱۰۰ نفر در روز فوت کردند. ناصرالدین شاه تهران را ترک کرد، در ۵ آگوست یک کاروان زائر از مشهد رسید، در نتیجه در ۷ آگوست وبا در تهران و روستاهای اطراف شایع شد ولی میزان مرگ، پایین باقی ماند. در تبریز، بیماری ۲۴۸۷ مرگ را در جمعیت، منهای بیگانگان و افراد پادگان‌ها، باعث شد^{۱۴۵}. در سال‌های ۶۵-۱۸۶۱، هیچ رخداد وبایی وجود نداشت^{۱۴۶}.

(۷) همه‌گیری پنجم (۷۱-۱۸۶۵) عمدتاً از شمال غربی هند نشأت گرفت و بیماری در سال‌های ۱۸۶۷، ۱۸۶۸، ۱۸۶۹ به ایران آمد. وبا از سال ۱۸۶۵، در هر سال در ایران وجود داشت، به خصوص در سال‌های ۱۸۶۷، ۱۸۶۸، ۱۸۶۹ و ۱۸۷۰. در سال ۱۸۶۵، بیماری از سند به جنوب ایران از طریق مکران، بلوچستان، مغستان، لرستان و سواحل خلیج فارس تا عسلویه آمد. در آگوست ۱۸۶۵، بیماری در بندرعباس و لنگه بود و از بندرعباس به طرف شیراز حرکت کرد؛ اما در آن سال به شمال شرقی ایران نرسید^{۱۴۷}. در سال ۱۸۶۶، وبا از کردستان به شمال ایران از جمله تهران آمد؛ و در طی تابستان به آذربایجان^{۱۴۸}.

همه‌گیری در اکتبر ۱۸۶۵، نهفته شد. در مارس ۱۸۶۶ وبا از طریق کردستان

¹⁴³ Tholozan 1869, pp. 39-40; Nateq 1358, pp. 16-17.

¹⁴⁴ MacNamara 1876, pp. 240; Brugsch 1865, vol. 2, pp. 136, 179, 200, 203, 229, 272, 279-80, 294-95, 323; Eastwick 1864, vol. 1, p. 276.

¹⁴⁵ Elgood 1951, p. 515; Issawi 1971, p. 21; Eastwick 1864, vol. 2, p. 103.

¹⁴⁶ US Government 1875, 625; MacNamara 1876, pp. 240.

¹⁴⁷ MacNamara 1876, pp. 286-87, 294; Mullen 1889-90, p. 15; Goldsmid 1867, p. 295.

¹⁴⁸ MacNamara 1876, p. 312.

ترکیه وارد ایران شد و ارومیه و ماوراء، سپس تبریز را آلوده ساخت. تبریز به شدت آلوده شد (۶۵۰۰ مرگ) ولی بیماری به طرف شرق نیامد. در تبریز در اکتبر ۱۸۶۶، بیماری نهفته گردید، اما در بهار ۱۸۶۷ شایع شد و به طرف کاشان، تهران و مشهد و سپس سرتاسر شمال ایران حرکت کرد^{۱۴۹}. در ماه مه ۱۸۶۷، بیماری به وسیله زائرین هند که از جشنواره زیارتی باز می‌گشتند در افغانستان، منتشر شد؛ جایی که از جولای - سپتامبر یک رخداد وبای شدید وجود داشت و از طریق هرات به مشهد و در ۲۸ آگوست ۱۸۶۷، به تهران رسید. در طی سه روز، ۱۵ مورد مرگ اتفاق افتاد و به طور متوسط ۸۰ مورد بیمار در روز وجود داشت. همچنین به کاشان، آمل، بارفروش، ساری و استرآباد گسترش یافت^{۱۵۰}.

در سال ۱۸۶۷، بیماری در طی زمستان، در شهرهای ساحلی دریای مازندران، نهفته بود. بنابراین در ۱۸۶۸، در بخش بزرگی از ایران شایع شد. در فوریه ۱۸۶۸ در شهرهای مازندران شایع گردید و در بهار آهسته به طرف روستاها و شهرهای خراسان حرکت کرد و در آوریل در جاده استرآباد-مشهد، بسیار کشنده بود. در ماه جولای رخداد کشنده در مشهد رخ داد. از آنجا به خواف، بیرجند، یزد و کرمان و به سمت غرب، همدان و اصفهان، به سمت شمال تا رودخانه اترک انتشار یافت. در ۱۷ آگوست به تهران آمد که دلیل آن رسیدن کاروان زائران مشهد در ۵ آگوست بود. بیماری در انتهای سپتامبر، از پای درآمد. بین ۷ آگوست تا ۱۱ اکتبر، تعداد ۴۶۸ مورد مرگ رخ داد. در همین مکان‌ها بیماری بسیار شدید بود و به سوی جنوب تا شیراز رفت.

در غرب، بیماری در کرمانشاه و به طرف عراق پیشروی نمود. در شمال شرق مواردی در قزوین، تبریز و حتی تا سواحل دجله مشاهده شد^{۱۵۱}. در سال ۱۸۶۶، رخداد

¹⁴⁹ Mullen 1889-90, p. 16; Issawi 11971, p. 21; Ghaffari 1361, pp. 27, 38.

¹⁵⁰ Bryden 1869, p. 77, 109, 121, 142; Lycklama 1872, vol. 4, p. 71; MacNamara 1876, pp. 339 thinks that it may have been reappearance of the 1866 epidemic.

¹⁵¹ MacNamara 1876, pp. 353; Bryden 1869, p. 149; Houtum-Schindler 1879, p. 354.

بیماری غرب به شرق حرکت کرد ولی در سال ۱۸۶۸، در مسیر مخالف، تغییر جهت داد. زائرین مشهد، بیماری را با خود حمل کردند و تمام شمال ایران را آلوده ساختند و به بغداد نیز انتقال دادند^{۱۵۲}. وبا که در سال ۱۸۶۶ به تبریز یورش برده بود و از آن زمان خفته بود، دوباره رخ داد و تمام شمال ایران را جارو کرد. در بهار ۱۸۶۹، رخداد بیماری در قم، کاشان و کرمان وجود داشت. در ژوئن ۱۸۶۹، به تهران رسید و باعث مرگ و میر روزانه شد.

وبا در آغاز جولای، در اصفهان و در ۱۵ جولای، در شیراز بود و باعث ۳۰۰ مورد مرگ روزانه و در مجموع ۵۰۰۰ مرگ شد. در میانه آگوست در اصفهان - شیراز متوقف شد، ولی در تهران و مشهد برای مدتی باقی ماند^{۱۵۳}. در آگوست ۱۸۶۹، رخداد در رشت، سپس در استرآباد^{۱۵۴} و در انتهای نوامبر ۱۸۶۹ در تهران بود^{۱۵۵}. در ۶۹-۱۸۶۸، در شیراز یورش عظیم بیماری روی داد که ۲۰۰۰ نفر کشته داشت و در اصفهان نیز بیماری طغیان نمود^{۱۵۶}. بیماری در آگوست پایان یافت ولی نه در شمال ایران؛ در ۸ سپتامبر، بیماری در استرآباد بود^{۱۵۷}.

در پایان جولای به کازرون و در ۱۳ اکتبر ۱۸۶۹ به بوشهر رسید^{۱۵۸}. بعد از این که در شمال کشور ناپدید شد، در جنوب شیوع یافت؛ نمایندگی انگلیس در ۱۴ سپتامبر به تهران پیشنهاد اعمال قرنطینه برای حفاظت بوشهر را داد؛ وبا در روستاهای جاده شیراز به بوشهر فراگیر بود. گرچه در ۱۶ اکتبر، بیماری در بوشهر چنان وحشتی ایجاد کرده

¹⁵² Mullen 1889-90, p. 16.

¹⁵³ Mullen 1889-90, p. 17; US Government 1875, p. 80; Bryden 1870, p. 30; Houtum-Schindler 1879, p. 354.

¹⁵⁴ MacNamara 1876, pp. 354; Mullen 1889-90, p. 16.

¹⁵⁵ Bryden 1870, p. 9.

¹⁵⁶ Elgood 1951, p. 515.

¹⁵⁷ Bryden 1870, p. 20.

¹⁵⁸ Mullen 1889-90, p. 17.

بود که مردم با بی میلی، اجساد را دفن می کردند^{۱۵۹}. در سال ۱۸۷۰، پس از قحطی وبا گسترده شد و ۲۰۰-۴۰۰ نفر را در تهران و ۵۰۰-۴۰۰ نفر را در مشهد کشت^{۱۶۰}. بیماری در ۱۳ فوریه ۱۸۷۱، در بوشهر شایع گردید و تا میانه مارس در شهر و اطراف آن باقی ماند و عمده مرگ‌ها در بین قحطی‌زده‌ها اتفاق افتاد. یک رخداد کوچک تر، از میانه آوریل تا ۱۹ آوریل و سپس در جولای ۱۸۷۱، رخ داد. بالاترین میزان گزارش شده مرگ، ۴۵ نفر در روز، با متوسط ۱۵-۴۵ نفر، بود. یک رخداد فرعی در ژوئن در بندر لنگه و شیراز روی داد. در آگوست ۱۸۷۱، یک رخداد شدید در آذربایجان وجود داشت^{۱۶۱}. در ۷۱-۱۸۷۰، وبا در ایران به عربستان و حبشه منتقل شد^{۱۶۲}.

(VI). ششمین همه‌گیری در سال ۱۸۸۹، آغاز شد، یعنی زمانی که بیماری از بصره منشأ گرفت و کل غرب و جنوب ایران را تحت تأثیر قرار داد. در آگوست ۱۸۸۹، از رخداد بیماری در بوشهر، پس از انجام قرنطینه بر روی چند مورد شناسایی شده بیماری، جلوگیری شد^{۱۶۳}. ابتدا یک رخداد فرعی در آگوست - سپتامبر ۱۸۸۹ در شوشتر روی داد که تا ۱۱ اکتبر با ۲۴۰۰ مرگ در شهرها و اطراف آن ادامه یافت^{۱۶۴}. برخی موارد بیماری نیز در دیر، بردستان و طاهری در ۲۹ آگوست ۱۸۸۹ وجود داشت. در سپتامبر، بیماری نزدیک بهبهان بود، یعنی جایی که بیماری به قدری شدید بود که ۲۹ مورد مرگ در همان روز روی داد. بیماری به هندیجان نیز گسترش پیدا کرد. اولین موارد خرمشهر در ۸/۲۴، اهواز ۸/۲۶، شوشتر ۸/۲۹ و در روزهای آخر آگوست و یا شروع سپتامبر ۱۸۸۹ در دزفول مشاهده شدند. اولین مورد در ۹/۲۵ در

¹⁵⁹ Bryden 1870, p. 59; Idem 1870, p. 37; Elgood 1951, pp. 515-16.

¹⁶⁰ Nateq 1358, pp. 17-18; according to Mullen 1889-90, p. 17 there was no cholera in 1870.

¹⁶¹ Mullen 1889-90, pp. 15, 17; Saldanha 1986, vol. 7/2, p. 7; Wills 1893, p. 224.

¹⁶² MacNamara 1876, pp. 361.

¹⁶³ Mullen 1889-90, p. 9; Lorimer 1915, vol. 2, pp. 2523-24.

¹⁶⁴ Mullen 1889-90, p. 18; `Eyn al-Saltaneh 1374, vol. 1, p. 234.

کرمانشاه بود که تا انتهای نوامبر ادامه یافت^{۱۶۵}. در آن زمان نیمی از جمعیت شهر به اطراف گریختند، در حالی که نیمی دیگر در حال انجام تدارکات برای گریز از شهر بودند. حدود ۵ اکتبر، شهر خالی از سکنه بود. در ۳ اکتبر، ۳۰ نفر و در روز بعد ۱۰ نفر مردند ولی میزان مرگ از ۷ اکتبر رو به کاهش نهاد. بیماری مسیر زائران کربلا را دنبال کرد و در قم متوقف شد. در ۱۰/۳، ملایر اولین مورد بیماری را داشت^{۱۶۶}. بیماری در ۱۲/۳ پایان یافت در حالی که در آن زمان، قصر شیرین، سرپل و کرد، عاری از بیماری وبا بودند. در ۱۹ اکتبر، در همدان، چندین مورد بیماری دیده شد ولی در ۱۱ نوامبر، بیماری شدت یافت به گونه‌ای که یخبندان شدید نیز آن را متوقف نکرد. وبا در ۱۵ نوامبر، از خرم آباد، حذف شد ولی در روستاهای اطراف شدت داشت و نهبوند در اوایل دسامبر گرفتار بیماری شد^{۱۶۷}.

موج بعدی از هند، در پی جشنواره چند سال یک بار زیارتی که هاریدوار نام دارد منشأ گرفت. در ۲۶ می ۱۸۹۲، از راه زمینی به مشهد و سیستان رسید. در خراسان و تهران، بیماری شدید بود، یعنی جایی که بین ۳ تا ۱۷ آگوست، مرده شورها تعداد ۱۰۷۳ مورد مرگ ناشی از وبا را گزارش کردند و بسیاری از مردم از شهر گریختند. بیماری در تابستان به سواحل دریای مازندران رسید که در ۲۴ جولای تا انتهای آگوست، در اوج بود؛ ۱۱۰۰۰ نفر در گیلان فوت کردند^{۱۶۸}. همچنین بیماری در بیجار (کردستان) نیز اتفاق افتاد و با شدت زیاد در اصفهان، کرمان، یزد و شیراز (اکتبر) و همچنین قزوین، خمسه و آذربایجان. ظاهراً در تبریز ۱۲۰۰۰ نفر یا ۰.۶٪ جمعیت مردند. تنها مناطق عاری

¹⁶⁵ Mullen 1889-90, p. 18.

¹⁶⁶ `Abbasi and Badi`i 1372, p. 73-74; Scott 1905, p. 620; E`temad al-Saltaneh 1345, p. 765.

¹⁶⁷ Mullen 1889-90, p. 18.

¹⁶⁸ Feuvrier 1900, p. 410; Nateq 1358, pp. 18-19 (23000 مرگ در تهران); Wishard 1908, p. 219; Issawi 1971, p. 21; Lorimer 1915, vol. 2, p. 2525; E`temad al-Saltaneh 1345, pp. 951-52; `Eyn al-Saltaneh 1374, vol. 1, pp. 482-85; Mostowfi 1324, vol. 1, p. 473; DCR 1325, p. 12; Rabino 1917, p. 484.

از وبا، عراق، ملایر، همدان، بروجرد، لرستان، خوزستان و قسمت‌هایی از فارس بودند. بعدها، در طی سال، بیماری از طریق عراق، از راه کارون به شوشتر، کرمانشاه، کردستان، همدان و ملایر بازگشت^{۱۶۹}. میزان کلی مرگ و میر در تهران از ۱۳۰۰۰ تا ۲۰۰۰۰ نفر تخمین زده شد^{۱۷۰}. برابر نوشته گرینفیلد (Greenfield)، ایران ۱۵۰۰۰۰ نفر یا ۱/۵ درصد از جمعیتش را از دست داد^{۱۷۱}. در تابستان ۱۸۹۳، یک رخداد وبا در عراق، خوزستان را مورد حمله قرار داد و چند مورد مرگ در خرمشهر و همچنین کارون بالادست و فارس در طول مسیر جاده شیراز - بوشهر (کازرون در سپتامبر) اتفاق افتاد. مخصوصاً در روستای احمدی (دشتستان)، حمله بیماری شدید بود. به علت اقدامات پیشگیرانه، در بوشهر فقط چند مورد بیماری وجود داشت ولی شهر از همه سمت برای چند ماه توسط وبا محاصره بود^{۱۷۲}. در ژوئن ۱۸۹۳، وبا در لاریجان، بیارجمند، خلخال، رشت و قم گزارش شده است و در جولای در تهران و بعداً در تبریز روی داد^{۱۷۳}.

(VII). هفتمین همه‌گیری وبا در سال ۱۹۰۳ طغیان نمود که از راه مکه و عراق، از طریق خلیج فارس و هم غرب ایران، وارد شد. سپس به طرف بالا ادامه پیدا کرد و به شرق (خراسان) و در شمال (آذربایجان) و سپس به روسیه، اتریش و آلمان، در سال

¹⁶⁹ Eyn al-Saltaneh 1374, vol. 1, p. 482; Mahdavi-Afshar 1380, pp. 27, 419-21; Idem 1384, p. 269; Wilson 1895, p. 159; Sirjani 1361, p. 418, 440; Weeks 1896, p. 43; Feuvrier 1900, pp. 179, 387. Presbyterian Church 1893, p. 182

(۱۰۰۰۰ نفر در تبریز از وبا که در اوایل آگوست شروع شده بود و در میانه سپتامبر ۱۸۹۲ پایان یافت، فوت کردند).

¹⁷⁰ Presbyterian Church 1893, p. 161.

در ارومیه، پیش از همه‌گیری وبا، دکتر کاکران یک پمفلت به زبان سریانی و فارسی پیرامون بیماری به چاپ رساند که بیان می‌کرد چگونه می‌توان آن را پیشگیری و درمان کرد. Idem, p. 177

¹⁷¹ Greenfield 1933, p. 9.

¹⁷² Administration Report 1893-94, p. 11; Sirjani 1361, p. 438; Nezam al-Saltaneh 1361, vol. 1, p. 140.

¹⁷³ E'temad al-Saltaneh 1345, pp. 1014-15; Eyn al-Saltaneh 1374, vol. 1, p. 548, 550; Mahdavi and Afshar 1387, p. 272.

۱۹۰۵، رسید. از مارس - ژوئن ۱۹۰۴، وبا در بین النهرین، عراق عرب و ایران، تاخت و تاز کرد، به عنوان مثال، بیماری به کرمانشاه با زائرینی که از قوانین قرنطینه اطاعت نکرده بودند، آورده شد. زمانی که در ۸ می ۱۹۰۴، پسر یکی از رهبران مذهبی از وبا فوت نمود، مردم وحشت زده شدند و یک سوم جمعیت از شهر گریختند و در زیر درختان و روستاها چادر زدند. در نتیجه بیماری در سرتاسر ایران پخش شد. میزان مرگ و میر متفاوت بود؛ در حاجی آباد، ۵۰-۴۰ نفر از جمعیت ۲۵۰ نفری مردند ولی در روستاهای دیگر مرگ و میر انگشت شمار بود. وقتی مردم دیدند که اوضاع روستاها به بدی اوضاع شهر است، در ۳۰ می بازگشتند. نتیجه طی این ۳ ماه، ۵۰۰۰ کشته در کرمانشاه بود^{۱۷۴}. در ژوئن ۱۹۰۴، کردستان مورد حمله بیماری قرار گرفت. بعد از کرمانشاه، گروه زائرین، بیماری را گسترش دادند و آن‌ها به بروجرد، اصفهان، همدان، یزد، کرمان و بقیه مناطق سفر کردند و بیماری را انتقال دادند. در نهایت، از طریق قم به تهران رسیدند و بیماری را نیز به آنجا بردند. به گفته حاج سیاح، افراد ثروتمند و توانمند، به تپه‌ها رفتند و افراد ضعیف و فقیر، پشت سر باقی ماندند و بسیاری از آنان "طبق معمول" قربانی شدند^{۱۷۵}.

واکنش گروه حاکم یا علماء در رویارویی با همه‌گیری‌ها همیشه مثبت نبود. در سال ۱۹۰۴، در همدان، حاکم هیچ گامی را برای پیشگیری از بیماری انجام نداد و به کوهستان گریخت. این دکتر واوروس‌بگ مأمور بهداشتی ترک بود که تمام پزشکان سنتی ایرانی را گرد هم آورد و به آن‌ها دستورالعمل‌هایی را ارائه نمود که چه باید انجام دهند. مردم به پزشکان اروپایی برای دارو یا مشاور مراجعه نکردند اما به سوی شفاگران سنتی شتافتند و یا این که هیچ کاری را انجام ندادند. "[افرادی] اعلامیه‌هایی

¹⁷⁴ Rusta'i 1382, vol. 1, 339-42, 394-99; Soltani 1370, p. 148.

¹⁷⁵ Sayyah 1345, pp. 535-36; DCR 3189 p. 39; Scott 1905, p. 622; Mahdavi and Afshar 1380, p. 56; Idem 1384, p. 270.

وبا در همدان در ۲۳ می آغاز شد و تا اوایل سپتامبر به طول انجامید.

Presbyterian Church 1905, p. 282.

را در بازار و مساجد نصب کردند و پزشکان خارجی و داروهای خارجی را محکوم نمودند.^{۱۷۶} در جولای ۱۹۰۴، حدود ۱۵۰ مرگ در روز در تهران وجود داشت. در سپتامبر، مشهد، رشت، استرآباد و سمنان مغلوب بیماری شدند و پس از آن تبریز و آذربایجان^{۱۷۷}.

در ارومیه، همه‌گیری در یکم نوامبر آمد؛ در ۶ هفته حداقل ۳۲۰۰ نفر مردند با در روستاها میزان مرگ و میر بالاتر بود زیرا روستاییان در پی مشاوره‌های پزشکی نبودند. تعداد ۳۵۰۰ نفر توسط میسیونرهای آمریکایی با سرم پیشگیری دکتر لوستیک از برن، ایمن‌سازی شدند و فقط پنج نفر از آن‌ها توسط وبا مورد حمله قرار گرفتند.^{۱۷۸} در تبریز، وبا در اکتبر آمد و بیماری بیش از دو ماه به طول انجامید. میسیونرهای آمریکایی برآورد کردند که حداقل ۶ هزار نفر در تبریز فوت کردند در حالی که بعضی از افراد دیگر این میزان را ۱۰ هزار نفر تخمین زدند. در این زمان، دواخانه میسیونری در تمام وقت و هر روز باز بود. این بسیار کمک کننده بود زیرا "تقریباً همه پزشکان بومی و خارجی گریخته بودند.^{۱۷۹} بیماری سه ماه در تهران شدت داشت و به ادعایی کمتر از ۷۰۰۰۰ نفر نبود که فوت کردند. این آمار غیرمحمتمل به نظر می‌رسد، زیرا این به معنی مرگ حدود یک سوم جمعیت تهران است. حاج سیاح نوشت تعداد مردگان ۲۰۰۰۰ نفر بوده است، اغلب فوت شدگان افراد فقیر و ضعیف بودند که به نظر واقعی‌تر می‌رسد.^{۱۸۰}

بر اساس گفته‌هایس و ویشارد، تهران ۱۳ هزار نفر را در طی چند ماه از دست داد و احتمالاً یک دوازدهم تمام جمعیت شهر بیمار بودند^{۱۸۱}. در همدان، جایی که اوج همه‌گیری در اواسط جولای بود، بالاترین تعداد مرگ در یک روز که ۸۷ نفر بود، گزارش

¹⁷⁶ Presbyterian Church 1905, p. 282.

¹⁷⁷ Russell 1925, p. 19; Yaghma'i 1363, p. 38; Tavili 1371, vol. 2, p. 232; DCR 3507, p. 8 (از دست رفتن چشمگیر زندگی ولی کمتر از همه‌گیری‌های اولیه)

¹⁷⁸ Presbyterian Church 1905, p. 292.

¹⁷⁹ Presbyterian Church 1905, p. 301.

¹⁸⁰ Sayyah 1345, pp. 535-36; Wishard 1908, p. 219; Burrell 1998. برای گزارش عمومی

¹⁸¹ Hays 2005, p. 345; Presbyterian Church 1905, p. 276.

گردید. تعداد کلی مرگ و میر احتمالاً بین ۴۰۰۰ تا ۵۰۰۰ نفر بود^{۱۸۲}. میزان مرگ در کل کشور، ۶۸۰۰۰ نفر بود، آماری که به نظر نسبت به واقعیت، کمتر تخمین زده شده می‌باشد^{۱۸۳}.

ایران دوباره در ۱۹۰۶، ۱۹۱۱، ۱۹۱۲، ۱۹۱۴، ۱۹۱۶، ۱۹۱۷، ۱۹۱۸، ۱۹۱۹ و ۲۳-۱۹۲۲ تحت تأثیر وبا بود. در سال آخر بیماری، طبس، شیراز و آبادان را مورد هجوم قرار داد و از حدود ۹۶۱ بیمار، تعداد ۹۱۱ نفر فوت کردند^{۱۸۴}. در سال ۱۹۲۷، یک رخداد وبا در بندرعباس، میناب و بندر لنگه وجود داشت. اما مجتهدین در این شهرها به پزشکی مدرن مشکوک بودند و فقط زمانی اجازه مایه کوبی دادند که وبا همه گیر شده بود و برای بسیاری این اقدام خیلی دیر بود^{۱۸۵}.

یک هیئت ضد وبا در تهران برای بحث در مورد مشکل، تشکیل شد؛ دستور تهیه واکسن از برلین صادر و با پرواز به جنوب فرستاده شد؛ مرز عراق - ایران بسته شد و تمام تردها از شیراز به جنوب منع شد. تنها در نوامبر ۱۹۲۷، کشور عاری از وبا اعلام شد. رخداد دیگر بیماری در ۳۹-۱۹۳۸ روی داد^{۱۸۶}. در سال ۱۹۶۰، انسیتو پاستور ایران ۹/۵ میلیون واکسن وبا برای حفاظت جمعیت مناطق شرقی ایران علیه شیوع وبا در پاکستان و افغانستان تولید کرد^{۱۸۷}. در آن زمان "وبا در ایران تقریباً ناشناخته"

¹⁸² Presbyterian Church 1905, p. 282.

¹⁸³ Sayyah 1345, pp. 535-36; Scott 1905, p. 622.

¹⁸⁴ Barua and Greenough 1992, p. 15; Yaghma'i 1363, p. 69 (Tabas); Ettehadiyeh et al. 1393, pp. 715-23 (Shiraz); IOR/L/PS/10/184, File 3004/1910 'Tehran Sanitary Council', Neligan to Minister, Tehran, 08/08/1911.

در سال ۱۹۱۱، وبا در سراسر جنوب وجود داشت. در دوپولان (نزدیک اصفهان) یک مکان رصد برقرار گردید.

IOR/L/PS/10/184, File 3004/1910 'Tehran Sanitary Council', Neligan to Minister, Tehran, 11/10/1911

¹⁸⁵ Administration Report 1927, p. 18; Nurbakhsh 1358, pp. 53-54, 129.

¹⁸⁶ Elgood 1951, pp. 572, 574.

¹⁸⁷ Ataei, Tavana, and Ghorbani 2005.

بود^{۱۸۸}. هر چند که رخدادهای دوره‌ای وبا ادامه داشتند^{۱۸۹}. بعد از ۱۹۶۵، نوع التور سروتیپ انیابا (شبه وبا) وارد ایران شد و ۸۹ نفر را کشت و در ۱۹۷۰، طغیان مجدد بیماری وجود داشت^{۱۹۰}. وبا به عنوان یک بیماری بومی و اپیدمیک باقی مانده است و در بسیاری از مناطق ایران هنوز رخ می‌دهد^{۱۹۱}. گرچه بیماری‌زایی و شدت آن با میزان مرگ و میر هر سال، تفاوت می‌کند (جدول ۱-۶).

جدول ۱-۶: وبا، موارد و تعداد کشته شدگان گزارش شده
به سازمان بهداشت جهانی و تعداد کشورهای گزارش کننده (۸۳-۱۹۵۰)

سال	۱۹۸۳	۱۹۸۲	۱۹۸۱	۱۹۸۰	۱۹۷۹
تعداد	۲۷۰	۴۲۷	۶۰۳۴	۱۵۹۹	۱۸۵۶
سال	۱۹۷۸	۱۹۷۷	۱۹۷۶	۱۹۷۵	۱۹۷۴
تعداد	۲۶۴	۱۰۸۳۶	۲۱۰۰	۲۹۶۶	۳۰۴
سال	۱۹۷۳	۱۹۷۲	۱۹۷۱	۱۹۷۰	۱۹۵۰-۶۹
تعداد	۵۵	۳۲۲	۳۴۴	۱۹۶۶۳	۵۹۷۷

WHO2000 (<http://www.who.int/esr/resources/pulications/sureillance/en/cholera.pdf>)

پس از سال ۱۹۸۳، بیماری فروکش نمود و مشخصاً مرگ و میر بیشتری رخ نداد. بنابراین، در فوریه ۱۹۹۶، وزارت بهداشت اعلام نمود که همه مناطق ایران عاری از وبا هستند^{۱۹۲}. ولی در سال ۱۹۹۸، یک طغیان وبا در عراق رخ داد که در ایران گسترده شد و موجب بیماری ۱۰۰۰۰ نفر و مرگ ۱۰۰ نفر گردید^{۱۹۳}. شیوع بیماری در

¹⁸⁸ US Army 1963, p. 147.

¹⁸⁹ Tavili 1371, vol. 2, p. 232.

¹⁹⁰ Nair and Takeda 2014, p. 22; Echo of Iran 1966, p. 552.

¹⁹¹ Ataei, Tavana, and Ghorbani 2005; Bakhshi, Boustanshenas, Mahmoudi-Aznaveh 2014.

¹⁹² http://www.who.int/csr/don/1996_02_08/en/

¹⁹³ <http://www.thenational.ae/news/world/middle-east/iran-battles-to-contain-cholera-outbreak>

سیستان-بلوچستان، در همان سال، باعث از دست رفتن تعدادی زندگی شد که نشان داد وبا به عنوان یک مشکل پایدار در سیستان هم چنان باقی است. در حقیقت، از سال‌های ۴-۲۰۰۱، سیستان و بلوچستان، تنها استان با انتقال وبا بود^{۱۹۴}. مشکلی که به مهاجران پاکستانی و افغانی نسبت داده می‌شد^{۱۹۵}. در تابستان ۲۰۰۵، رخداد محدود وبا در ایران روی داد که از ۱۱۵۰ نفر بیمار، ۱۱ نفر فوت کردند^{۱۹۶}. در آگوست - سپتامبر ۲۰۰۸، وبا به وسیله زائرین بازگشته از عراق وارد ایران شد، در حالی که عفونت از طریق مهاجران پاکستانی و افغانستانی هم چنان وجود داشت^{۱۹۷}. در سپتامبر ۲۰۱۳، معاون وزارت بهداشت و آموزش پزشکی «علی اکبر سیاری» بیان کرد که عفونت وبا به ۱۰ استان ایران گسترش یافته و ۱۷۴ نفر در سراسر کشور بیمار شده‌اند. او خاطر نشان کرد که عفونت به صورت فزاینده‌ای ادامه داشته است.

مرگ ناشی از وبا در قرن بیستم در ایران در مقایسه با وضعیت قبل از ۱۹۰۴، کاهش چشم گیری داشته است (جدول ۱-۶). گرچه آمارها ناقص هستند ولی به نظر می‌رسد در موارد شدید حمله‌ها، ۱۰٪ و یا حتی ۲۰٪ از جمعیت شهرها مرده‌اند که نسبت به معمول شهرهای اروپایی، بیشتر بوده است. اثر ویران کننده بیماری، مدت‌های طولانی پس از فروکش، هنوز قابل مشاهده بود^{۱۹۸}. البته این اعداد همیشه ممکن است قابل اعتماد نباشند. در آگوست - سپتامبر ۱۸۸۹، زمانی که در شوشتر، حدود ۲۰۰۰ مرگ در شهر و اطراف آن و ۳۶۹ مورد در پادگان‌ها و ۱۶ مورد در خانه فرماندار بود، آمار رسمی داده شده به تهران ۴۰۰ نفر بود یعنی فقط کارمندان شمارش شده بودند^{۱۹۹}.

¹⁹⁴ <http://www0.nih.go.jp/JJID/59/174.pdf>

¹⁹⁵ Sargolzaie and Kiani 2014.

¹⁹⁶ Ataei, Tavana, and Ghorbani 2005.

¹⁹⁷ Maryam Sinaiee, 8 August 2008 [<http://www.thenational.ae/news/world/middle-east/iran-battles-to-contain-cholera-outbreak>]

¹⁹⁸ Basset 1886, p. 131.

¹⁹⁹ Mullen 1889-90, p. 18.

در ۱۸۷۷، لوریس - ملیکوف، ۱۱۵۰ مرگ در رشت و انزلی ثبت نمود. در حالی که فرماندار رشت عدد ۲۸۲۰ را گزارش کرد.^{۲۰۰} این نشانگر آن است که باید در تجزیه و تحلیل اعداد گزارش شده، بسیار حساس بود.

افزون بر این، این ارقام با پراکنش شایعه در میان مردم، میل به تورم داشت. در آگوست ۱۸۶۷، تعداد ۸ یا ۱۰ مورد مرگ روزانه در تهران، و ۵۰ مورد مرگ در همدان گزارش شد و در غرب در صحنه، ۱۰۰ مورد در روز گزارش گردید.^{۲۰۱} نرخ بالای مرگ، فراگیر نبوده و اغلب فقط به یک یا چند شهر در هر سال محدود بود. برابر گزارش تولوزان، خصوصیت ملایم تر همه گیری در اصفهان به دلیل تخلیه منظم دستشویی ها و ضریب نفوذ آن به زیر خاک شهر (با عمق ۳-۵ متر)، بود. سفره آب های زیرزمینی خالص، با تراوش و نفوذ زاینده رود، تغذیه می شد و زهکشی قابل قبولی را ایجاد می کرد. همچنین رابینو (Rabino)، اظهار نظر کرده است وبا در استان های حاشیه دریای مازندران، نسبتاً خفیف بوده است.^{۲۰۲}

طبق فرهنگ طب سنتی، وبا به خوبی با دوگانگی بیماری های گرمی-سردی، منطبق است. فراستر (Fraser) و دیگران گزارش کردند که از آنجایی که وبا یک بیماری گرم است در سرتاسر ایران داروهای سرد به کار برده می شد.^{۲۰۳} البته، تجویز آب سرد و یخ تا حدود ۱۸۵۰، درمان اصلی وبا بود ولی حدود دهه ۱۸۸۰، باست (Bassett)، چنین گفت: "من فکر می کنم این درمان کاملاً در این زمان بی استفاده است"^{۲۰۴}.

از درمان های سنتی دیگر، حجامت، داروها، طلسم ها و داروهای جادویی، خواندن

²⁰⁰ DCR 1325, p. 12.

²⁰¹ Lycklama à Nyeholt 1873, vol. 4, p. 71.

²⁰² Tholozan 1869, p. 22; Rabino 1917, p. 55.

²⁰³ Fraser 1826, p. 317; Sheil 1856, p. 213.

²⁰⁴ Basset 1886, pp. 34-35.

قرآن، ورد و دعای مداوم بود. کسانی که استطاعت داشتند، از شهرها و روستاهایی که محل بروز بیماری بود می‌گریختند^{۲۰۵} و این گاهی اوقات این معنا را می‌داد که بیماری نیز با آنان سفر می‌کرد^{۲۰۶}. این واقعیت که بسیاری از شهرنشینان در تابستان به ییلاق می‌رفتند وضعیت حرکت بیماری را آسان تر می‌کرد. در حقیقت، زنان محصور تبریز رسیدن همه گیری‌های وبا را خوش آمد می‌گفتند، زیرا رفتن به کوهستان به معنای زندگی قابل قبول تر و کم تر گوشه نشین شدن بود^{۲۰۷}.

کتابشناسی

آرشیوها

British Library- India Office (IOR)

IOR/L/PS/10/211

IOR/L/MIL/17/15/34

IOR/L/PS/20/C201/2, Military report on Persia

National Archives, Kew Gardens, London, UK.

FO 248/1204 Kermanshah report no. 9, 01/11/1918 by Lt. Col.

Kennion

Presbyterian Historical Society, Philadelphia, USA

PHS, 231/4, Rollah Hoffman correspondence

²⁰⁵ Eastwick 1864, vol. 1, p. 188; Pirzadeh 1343, vol. 1, pp. 40-42; Polak 1865, vol. 2, p. 218; Massé 1938, vol. 1, p. 206, vol. 2, p. 330; Houtum-Schindler 1896, p. 125;

برای اطلاعات بیشتر در مورد شیوه های درمان، بنگرید:

Floor 2006.

²⁰⁶ Feuvrier 1900, pp. 407-11.

²⁰⁷ Sheil 1856, p. 93.

به زبان‌های اروپایی

Administration Report = *Administration Report on the Persian Gulf Political Residency for the year (1873 to 1940)* in Government of India. *The Persian Gulf Administration Reports 1873-1947*, 10 vols., Gerrards Cross, Archives Editions, 1986.

Afkhami, Amir Arsalan 2003. "Health in Persia: the Qajar period," *Encyclopedia Iranica*, vol. XII, Fasc. 1, pp. 104-111.

Alamol-Mulk, Mirza Abbas Khan 1908. *Taoun, Étude sur la peste en Perse*. Paris: thesis.

Amanat, Abbas 1983. *Cities & Trade: Consul Abbott on the Economy and Society of Persia 1847-1866*. London: Ithaca press.

Anonymous 1831, "Die Pest in Persien," *Das Ausland* 4, pp. 959-60.

___ 1832, "Asiatic Intelligence - Bushire," *Asiatic Journal*, vol. 10 (January-April), p. 34.

___ 1832-1833, *American Railroad Journal*, New York, vol. 1, part I (July-January), p. 797.

___ 1834, "An account of the Indian or spasmodic cholera," *The Historical Cabinet: Containing Authentic Accounts of Many Remarkable and Interesting Events*, New Haven, 1834, p. 511.

___ 1871, "The Cholera," *Brit. Med. Jour.* London, ii, p. 272.

___ 1871, "The Plague," *The British Medical Journal*, May 12, 1877, p.

___ 1879, *Gazetteer of the Bombay Presidency*, Bombay.

___, 1882. *Aus Persien. Aufzeichnungen eines Oesterreichers, der 40 Monate im Reiche der Sonne gelebt und gewirkt hat*. Vienna.

___ 1939, *A Chronicle of the Carmelites in Persia and the Papal mission of the seventeenth and eighteenth centuries*, 2 vols. London.

AP = Government of Great Britain, *Accounts and Papers* 82 (1878), "Report by Consul Churchill on the Trade and Commerce of Ghilan for the Year 1877." (with a description of the disease and treatment)

Ataei R.A., Tavana A., Ghorbani G.H. 2005, An analysis of recent cholera epidemic in Iran. *J Mil Med.* 7, pp. 49-56.

Azizi M.H., Azizi F. 2010, "A history of the human plague in Iran," *Arch Iran Med.* Nov. 13 (6), pp. 563-69.

- Baker, James E. "A few remarks on the most prevalent Diseases and the Climate of the North of Persia," appendix to Herbert, Report on the present State of Persia and her Mineral Resources, in Government of Great Britain, *Accounts & Papers* 67 (1886), pp. 323-26.
- Bakhshi, B.; Boustanshenas, M.; Mahmoudi-Aznavah, A. 2014. "Emergence of *Vibrio cholerae* O1 classical biotype in 2012 in Iran." *Lett Appl Microbiol.* Feb 21; 58(2), pp. 145-49.
- Baltazard M, Bahmanyar M, Mostachfi P, Eftekhari M, Mofidi C. 1960. "Recherches sur la peste en Iran." *Bulletin Organisation Mondiale de la Santé*, 23, pp. 141-55.
- Barua, Dhiman and Greenough, William B. 1992. *Cholera*, New York.
- Bassett J. 1887. *Persia, the Land of the Imams. A Narrative of Travel and Residence, 1871-1885*, London.
- Bell, C.W. 1843. "Report on the epidemic ague or 'fainting fever' of Persia, a species of cholera occurring in Teheran in the autumn of the year 1842," *Brit & For. Med. Rev.* London, xvi, 558-66.
- Bentivoglio M, Pacini P. 1995. "Filippo Pacini: A determined observer." *Brain Res Bull.* 38, pp. 161-65.
- Hawkins, Francis Bisset 1831. *History of the Epidemic Spasmodic Cholera of Russia*. London: John Murray.
- Brosset, Marie-Félicité 1849-57. *Histoire de la Géorgie*. 2 vols. in 3. St. Petersburg.
- _____, 1979. *Collection d'Historiens Arméniens*. 2 vols. in one. Amsterdam.
- Brugsch, Heinrich 1863. *Die Reise der K.K. Gesandtschaft nach Persien 1861-1862*, 2 vols. Berlin: J.C. Hinrichs.
- Bryden, James L. 1869. *A Report on the Cholera of 1866-68*. Calcutta.
- _____. 1870. *A Report on the Cholera of 1866-68. A Sequel*. Calcutta.
- Burrell, R.M. 1988. "The 1904 epidemic of cholera in Persia: Some aspects of Qadjar society," *Bull. Sch. Oriental African Stud.* 51, pp. 258-70.
- Byrne, Joseph P. 2012. *Encyclopedia of the Black Death*, Santa Barbara.
- Chardin, Jean 1811. *Voyages*, ed. L. Langlès, 10 vols. Paris.
- Chun, J. W. H. 1936, 'Clinical features', in Wu Lien-Teh, J. W. H. Chun, R. Pollitzer, and C. Y. Wu, *Plague: a manual for medical and public health workers*, [Shanghai], Weishengshu National Quarantine Service, Shanghai Station, pp. 327-31.

- Clemow, Frank Gerard 1903. *The Geography of Disease*, London.
- Clerk, C. 1861. "Notes in Persia, Khurasan, and Afghanistan" *JRGS*, pp. 37-65.
- Cloquet, E. 1852-53. "Sur le cholera en Perse," *Bull. de l'Acad. nat. de med.* Paris, pp. xviii, 1190-92
- Colvill, W.H. 1872. "Sanitary Report on Turkish Arabia," *Transactions of the Bombay Society* N.S. 11, pp. 32-73.
- Conrad, Lawrence I. 1982. "Ta`un and Waba Conceptions of Plague and Pestilence in Early Islam" *Journal of the Economic and Social History of the Orient*, vol. 25, pp. 268-307.
- Cormick, J. 1832. "On the occurrence in Persia of the epidemic cholera of India," *Med-Chir. Trans.* London, pp. xii, 359-65.
- Christensen, Peter 2016. *The Decline of Iranshahr*. London.
- DCR = Diplomatic and Consular Reports DCR no. 1325 (Ghilan 1892-93); no. 3189 (Kermanshah 1903-04) with statistics of mortality; DCR 3507 (Azerbaijan 1904-05).
- De Freygang, Madame 1823. *Letters from the Caucasus and Georgia*. London: John Murray.
- De Gobineau, A. 1859. *Trois Ans en Asie (de 1855 A 1858)* 2 vols. Paris.
- Dickson, E.D. "On Cholera in Persia," *Trans. Epid. Soc.* London, iii, pp. 257-64.
- Dunlop, H. 1930. *Bronnen tot de geschiedenis der Oostindische Compagnie in Perzië* (-s'Gravenhage).
- Eastwick, Edward B. 1864. *Journal of a Diplomat's Three Years' Residence in Persia*. 2 vols. London [Tehran: 1976].
- Ebrahimnejad, Hormoz. "La médecine d'observation en Iran du XIX siècle," *Generus* 55 (1998), pp. 33-57.
- ____ 1988, "Un traité d'épidémiologie de la médecine traditionnelle persane: *Mofarraq ol-Heyze va'l-Vaba* de Mirza Mohammad-Taqi Shirazi (ca. 1800-1873), *Studia Iranica* 27 (1988) pp. 83-107.
- ____ 2012, *Medicine in Iran: Profession, Practice and Politics, 1800-1925*, London.
- Echo of Iran 1966. *Iran Almanac 1966*. Tehran.
- Eastwick, E. B. 1864. *Journal of a Diplomat's Three Years Residence in Persia*. 2 vols. London.

- Elgood, Cyril 1951. *A Medical History of Persia and the Eastern Caliphate. The Development of Persian and Arabic Medical Sciences from the Earliest Times until the Year A.D. 1932*. Cambridge: CUP.
- Feuvrier, J.B. 1900. *Trois ans à la Cour de Perse*. Paris: F. Juven.
- Fraser, J. B. 1825. *Narrative of a Journey into Khorasan in the Years 1821 and 1822*, London, 1825.
- ___ 1826, *Travels and Adventures in the Persian Provinces on the Southern Banks of the Caspian Sea*, London.
- Fryer, John 1909-15. *A New Account of East India and Persia Being Nine Years' Travels, 1672-1681*, 3 vols. London.
- Fowler, G. 1841. *Three Years in Persia* 2 vols. London: Colburn.
- Hamilton, Alexander 1930. *A New Account of the East Indies* 2 vols. London.
- Hammer-Purgstall, Joseph von 1842-43. *Geschichte der Ilchane, das ist der Mongolen in Persien*. 2 vols. Darmstadt.
- Hanway, Jonas 1753. *An Historical Account of the British Trade over the Caspian Sea*. 3 vols. London.
- Hawkins, Francis Bisset, 1831. *History of the Epidemic Spasmodic Cholera of Russia*, London.
- Hays, J.N. 2005. *Epidemics and Pandemics: Their Impact on Human History*. Santa Barbara.
- Issawi, Ch. 1971. *The Economic History of Iran (1800-1914)*. Chicago.
- Gazetteer of the Bombay Presidency*, Bombay 1879, vol. 4.
- Gilmour, John 1924. *Rapport sur la situation sanitaire de la Perse*. Geneva, League of Nations.
- Goldsmid, F. J. 1867. "Notes on eastern Persia and western Beluchistan," *JRGS* 37, pp. 269-97.
- Government of Great Britain 1945. *Geographical Handbook Series - Persia*. London.
- ___, *Report on the trade of the consular district of Bushire 1913-14*, as well as of the years 1915-16, 1920-21, and 1921-22.
- Government of India, *Trade Report of Bushire 1911-12, 1912-13, 1913-14*, in *The Persian Gulf Trade Reports 1905-1940 (Bushire)* 2 vols. Gerards Cross: Archive Editions. 1987.
- Guettet 1850, "Note sur ce qui a le mieux reussi en Perse contre le cholera,"

- Gaz. med. de Paris*, v, p. 90.
- Houtum-Schindler, A. 1881. "Reisen im südlichen Persien 1879," *ZGE*, pp. 307-66.
- Karimi Y. 1980. "Decouverte d'un nouveau mesofoyer de peste sauvage dans l'Azerbaïdjan oriental de l'Iran." *Bulletin Société Pathologie Exotique*, 1, p. 28-35.
- Kemphorne, Lt. G.B. 1835. "Notes made on a survey along the eastern shores of the Persian Gulf in 1828," pp. 263-85.
- Khan, Ali 1908, *Choléra en Perse. Prophylaxie et traitement*. Paris: thesis.
- Kohn, George C. ed. 2008, *Encyclopedia of Plague and Pestilence: From Ancient Times to the Present*, New York.
- Kukanova, N.G. 1984. *Russko-Iranskaia Torgovlia 30-50e gody XIX veka*. Moscow: Nauka.
- Lambton, Ann K. S. 1988. *Continuity and Change in Medieval Persia*. Albany.
- Larbey, H. 1856, "Notice sur le docteur Ernest Cloquet," in *Notices sur le docteur Ernest Cloquet*. Paris.
- Layard, Austen Henry 1846. "A Description of the Province of Khuzistan," *JRGS* 16, pp. 1-105.
- ___ 1887, *Early Adventures in Persia, Susiana, and Babylonia, including a residence among the Bakhtiyari*. 2 vols. New York.
- Lorimer, J. G. 1915. *Gazetteer of the Persian Gulf*. Calcutta, 1915 [Gregg: Westmead, 1970].
- Lycklama à Nijeholt, T.M. 1873. *Voyage en Russie, au Caucase et en Perse*. 4 vols. Paris-Amsterdam: Arthus Bertrand-C.L. van Langenhuisen.
- MacNamara, Nottidge Charles 1876. *A History of Asiatic Cholera*. London.
- Mahé, 1877. "Épidémies de la peste," *Gazette médicale d'Orient*.
- Massé, Henri 1938. *Croyances et Coutumes Persanes* 2 vols. Paris: Maisonneuve, 1938.
- Membré, Michele 1969. *Relazione*, ed. G.C. Scarcia. Rome, 1969. English translation A.H. Morton, *Mission to the Lord Sophy of Persia (1539-1542)* (SOAS; London, 1993).
- Meri, Josef W. ed. 2006, *Medieval Islamic Civilization*. 2 vols. New York.
- Minorsky 1957, *Persia in A.D. 1478-1490, abridged translation of Khunji's Tarikh-i `alam-ara-yi Amini*, London.

- Mullen, T. F. 1889-90. "Cholera in Persia," Appendix C to Part I of Government of India, *Administration Report of the Persian Gulf Political Residency and Muscat Political Agency for the Year 1889-90*, pp. 15-18.
- Nair, G. Balakrish and Takeda, Yoshifumi eds. 2014. *Cholera Outbreaks*. Berlin.
- Nazare-Aga (Ardachir Khan) 1903. *Contribution à l'étude de la peste*. Paris: thesis.
- Neligan, A.R. 1926. "Public Health in Persia. 1914-24," *The Lancet* Part I; Part II-March 27, pp. 690-94; Part III-April 3, pp. 742-44.
- Olearius, Adam 1656. *Vermehrte neue Beschreibung der moscowitischen und persischen Reyse*, ed. D. Lohmeier. Schleswig [Tübingen, 1971].
- Ouseley, William 1819-23. *Travels in various countries of the East; more particularly Persia*. 3 vols. London: Rodwell and Martin.
- Petermann, J. H. 1865. *Reisen im Orient*. 2 vols. Leipzig.
- Peters, J.C 1868. "On the conveyance of cholera from India through Persia, Armenia, Georgia, to Russia and the rest of Europe," *Chicago Med. Examiner*. ix, pp. 513-26.
- Polak, J.E. 1865. *Persien, das Land und seine Bewohner*, 2 vols. Leipzig.
- ___ 1869, "Die Cholera in Persien und die Landquaratäne," *Wien. med. Wochenschr*, pp. 1679-82.
- Poland, Jack D. and Dennis, T. D. n.d. *Treatment of Plague*, WHO/CDS/CSR/EDC/99.2 Plague Manual Epidemiology, Distribution, Surveillance and Control. Geneva.
- Presbyterian Church 1893. *Twenty-Third Annual Report of Board of Home Missions*. New York.
- ___, 1905. *One Hundred and Third Annual Report*. Board of Home Missions. New York.
- Quain, Richard; Bruce, John Mitchell; and Roberts, Frederick Thomas eds. 1884, *A Dictionary of Medicine*, London.
- Rabino, H. L. 1917. *Les provinces caspiennes de la Perse. Le Guilân*, Paris.
- Rehman, J. 1824. "Die Ankunft der orientalischen Cholera am mittelländischen und kaspischen Meere," *Hufeland's Journ. der prakt. Heilk.* lviii, pp. 3-16; lix, pp. 3-13.
- Rich, Claudius James 1839. *Narrative of a Journey to the site of Babylon in 1811 ... with Narrative of a Journey to Persepolis*. London.

- Richardson, John 1829. *A Dictionary, Persian, Arabic, and English*. London.
- Ritter, Carl 1852-59. *Die Erdkunde in Verhaeltnis zum Natur und Geschichte der Menschen*. Berlin.
- Russell, Alexander James Hutchinson 1925. *A memorandum on the epidemiology of cholera*. Geneva, League of Nations.
- Saldanha, J.A. 1986. *The Persian Gulf Précis* 8 vols. Gerrards Cross.
- Sargolzaie, Narjes; Kiani, Malek 2014. "Cholera Outbreaks Evaluation in Sistan and Baluchestan Province of Iran," *Int J Infect*. June; 1(1).
- Schindler, A.H. 1898. *Eastern Persian Irak*. London: Murray.
- Schlimmer, Joh. L. 1970 *Terminologie Médico-Pharmaceutique: Française - Persane*. Tehran: Daneshgah.
- Schwarz, Paul 1993. *Iran im Mittelalter nach den Arabischen Geographen*. 9 vols in 4. Frankfurt.
- Scott, Joseph 1905. "The recent cholera epidemic in Persia," *British Medical Journey* 16 September, p. p. 620-22.
- Seyf, Ahmad 1989. "Iran and the Great Plague, 1830-1831," *Studia Islamica* 69, pp. 151-165.
- ____ 2002. "Iran and Cholera in the Nineteenth century," *Middle Eastern Studies* 38, pp. 169-78.
- Sheil, Lady 1856. *Glimpses of Life and Manners in Persia*. London, 1856.
- Shoshan, B. 2002, "Waba," *Encyclopedia of Islam*².
- Simpson, William John 1905. *A Treatise on Plague*, Cambridge.
- Spuler, Berthold 1952. *Iran in Früh-Islamischer Zeit*. Wiesbaden.
- Stearns, Justin 2011. *Infectious Ideas: Contagion in Premodern Islamic and Christian Thought in the Western Mediterranean*. Baltimore.
- Sticker, Georg 1908-10. *Abhandlungen aus der Seuchengeschichte*. Giessen.
- Teule, Jules Charles 1842. *Pensees et notes critiques extraites du journal de mes voyages dans l'empire du Sultan de Constantinople* 2 vols. Paris ; Arthus Bertrand.
- Tholozan, J.D. 1869 *Prophylaxie du choléra en Orient. L'hygiène et la réforme sanitaire en Perse* (Paris: Masson, 1869);
- ____ 1874, *Histoire de la peste bubonique, 1er Mémoire- en Perse*. Paris: G. Masson.

- ___ 1871, Note sur le développement de la peste bubonique dans le Kurdistan en 1871. Paris.
- ___ n.d., *Sur deux petits épidémies de peste dans le Khorassan*. Paris: Gauthiers-Villars.
- ___ 1879, *Les trois dernières épidémies de peste du Caucase, chronologie, géographie, prophylaxie*. Paris: G. Masson.
- US Army 1963. *Area Handbook for Iran*, Washington DC.
- US Government, Surgeon-General's Office 1875, *The Cholera Epidemic of 1873 in the United States*, Washington DC.
- Valentyn, François 1724. *Oud en Nieuw Oost-Indien*. 5 vols. Dordrecht.
- Vaume, G. 1887. "De Recht à Hamadan par le Karaghan-Dagh," *Soc. de Géogr. Comptes rendus*. Paris, pp. 19-24'
- von Hübenenthal, C.P.W. 1831. "Darstellung und Behandlung der orientalischen Cholera, von der persischen Gränze mitgetheilt," *Jour. d. prakt. Heilk.* lxxxii, pp. 88-103.
- WHO, *Report on Global Surveillance of Epidemic-prone Infectious Diseases* (WHO/CDS/CSR/ISR/2000.1). Geneva, 2000.
- Wilson, S.G. 1895. *Persian Life and Customs*. New York: Fleming. H. Revell.
- Williamson, J.W. 1927. *In A Persian Oil Field*. London: Benn.
- Wishard, John G. 1908. *Twenty Years in Persia*. New York.

زبان‌های فارسی

- Ettehadiyeh, Mansureh, Pira, S, and Ruhi, S. 1393. *Zir-e pust-e shahr*. Tehran
- Astarabadi, Sayyed Hasan b. Mortaza Hoseyni 1364. *Az Sheikh Safi ta Shah Safi (az Tarikh-e Soltani)*. ed. Ehsan Eshraqi. Tehran.
- Esfahani, Mohammad Ma`sum b. Khvajegi 1368. *Kholasat al-Siyar*. ed. Iraj Afshar. Tehran.
- E`tehad al-Saltaneh, `Ali Qoli Mirza 1370. *Eksir al-Tavarikh*. Tehran.
- E`temad al-Saltaneh, Mirza Mohammad Hasan Khan 1345. *Ruznameh-ye Khaterat-e E`temad al-Saltaneh* Iraj Afshar ed. Tehran.
- Pirzadeh, Haji Mohammad `Ali 1343. *Safarnameh-ye Haji Mohammad `Ali*

- Pirzadeh*. 2 vols. Hafez Farmanfarmayan. Tehran: Daneshgah.
- Taj al-Saltaneh 1361. *Khaterat-e Taj al Saltaneh*. eds. Mansureh Ettehadiyeh and Sirus Sa`dvandiyah. Tehran.
- Jorjani, Esma`il b. Hasan 2535. *Dhakhireh-e Khvarezmshahi*. ed. Sa`idi Sirjani. Tehran.
- Hazin, Mohammad `Ali 1332. *Tarikh-e Hazin: shamel avakher-e Safaviyeh, fitneh-ye Afghan, saltanat-e Nader Shah va ahval-e jam`i az bozorgan*. Tehran.
- Khatunabadi, Sayyed `Abdol-Hoseyn al-Hoseyni 1352. *Vaqaye` al-Sennin va A`vam*. ed. Mohammad Baqer Behbudi. Tehran.
- Khvand Mir, Khiyath al-Din b. Homam al-Din 1335, *Habib al-Siyar*. 4 vols. ed. Mohammad Dabirsiyaqi. Tehran.
- Ruznameh-ye Ettefaqiyyeh-ye Vaqaye` 1373-74/1994-95*. 4 vols. (Tehran: Ketab-khaneh- Melli).
- Rusta'i, Mohsen 1382. *Tarikh-e Tebb va Tebbat dar Iran*, 2 vols. Tehran.
- Soltani, Mohammad `Ali 1370. *Nahzat-e Mashrutiyat-e Kangavar va Kermanshah*. Tehran.
- Samarqandi, Kamal al-Din `Abdal-Razzaq 1941-49. *Matla` Sa`dayn va Majma` Bahrayn*. Lahore.
- Sayyah, Hajj 1347. *Khaterat-e Hajj Sayyah ya Dowreh-ye Khowf va Vahshat* ed. Hamid Sayyah Tehran: Ebn Sina.
- Sirjani, Sa`idi 1361. *Vaqaye`-ye Ettefaqiyyeh. Gozareshha-ye khofyeh-nevisan-e englis*. Tehran: Now.
- Shirazi, `Abdi Beg 1369. *Takmilat al-Akhbar*. ed. `Abdol-Hoseyn Nava'i. Tehran.
- Shirvani, Zeyn al-Abedin 1315. *Bustan al-Siyaha ya Siyhatnameh*. Tehran: Kitabkhaneh-ye Sina`i.
- Tabatabai, Mohammad Razi 1876. *Ta`un*. Tehran (litho).
- Tavili, `Aziz 1371. *Bandar Enzeli*. 2 vols. Enzeli.
- `Abbasi, Mohammad Reza and Badi`i, Parviz eds. 1372. *Gozareshha-ye owza`-ye siyasi, ejtema`i-ye velayat-e `ahd-e naseri*. Tehran: Sazman-e Asnad-e Melli.
- `Eyn al-Saltaneh, Qahraman Mirza Salur 1374. *Ruznameh-ye Khaterat-e `Eyn al-Saltaneh* 9 vols. Iraj Afshar and Mas`ud Salur eds. Tehran.
- Floor, Willem 1367. *Ashraf Khan dar Takhtgah-e Isfahan*. Tehran.

- _____, 1368. *Hokumat-e Nader Shah*. Tehran.
- Ghaffari, Mohammad `Ali 1361. *Khaterat va Asnad-e Mohammad `Ali Ghaffari, na'eb-e avval pishkhedmat-bashi*. ed. Mansureh Etehadieh. vol. 3, Tehran.
- Qazvini, Yahya b. `Abdol-Latif 1363. *Lobb al-Tavarikh*. Tehran.
- Qazvini, Abu'l-Hasan 1367. *Favayed-e Safaviyeh*. ed. Maryam Mir Ahmadi. Tehran.
- al-Qomi, Qadi Ahmad ibn Sharaf al-Din al-Hoseyn al-Hoseyni 1363. *Kholasat al-Tavarikh*, 2 vols., ed. Ehsan Eshraqi. Tehran: Daneshgah.
- Gilani, Sheikh `Ali 1352. *Tarikh-e Mazandaran*. ed. Manuchehr Setudeh. Tehran.
- Mar`ashi, Mir Teymur 2526. *Tarikh-e Khandan-e Mar`ashi Mazandarani* ed. M. Setudeh, Tehran.
- Mostowfi, Hamdollah 1389. *Nuzhat al-Qolub*. Tehran: Asatir.
- Monshi, Eskandar Beg Shamlu 1350. *Tarikh `Alamara-ye `Abbasi*. 2 vols. ed. Iraj Afshar. Tehran.
- Mahdavi, Asghar and Afshar, Iraj eds. 1380. *Yazd dar asnad-e Amin al-Zarb*. Tehran.
- _____, 1384, *Kerman dar asnad-e Amin al-Zarb*. Tehran.
- _____, 1387, *Tabriz dar asnad-e Amin al-Zarb*. Tehran.
- Mirkhvand, Mohammad b. Khavandshah 1338. *Tarikh-e Rawzat al-Safa*. 10 vols. Tehran.
- Najmabadi, Mahmud 1353. *Tarikh-e Tebb dar Iran pas as Eslam*. Tehran: Daneshgah.
- Nateq, Homa 1358. "Ta'thir-e ejtema'i va eqtesadi-ye bimari-ye vaba dar dowreh-ye Qajar," in *Mosibat-e vaba va bala-ye hokumat*. Tehran, pp. 9-45.
- Natanzi, Mahmud b. Hedayatollah Afushteh-ye 1350. *Naqavat al-athar fi dhekr al-akhyar*, ed. Ehsan Eshraqi. Tehran.
- Nezam al-Saltaneh 1361. *Khaterat va asnad-e Hoseyn Qoli Khan Nezam al-Saltaneh Mafi*. 2 vols. ed. Mansureh Nezam Mafi, Sirius Sa`dvandiyan and Hamid Rambisha (Tehran).
- Yaghma'i, Esmā'il Honar 1363. *Jandaq va Qumis dar avakher-e dowreh-ye Qajar*, ed. by `Abdol-Karim Hekmat Yaghma'i. Tehran.

فصل دوم

مالاريا

مترجم: دكتور ايرج نبى پور

مالاریا در ایران تب نوبه، حمای ورمی، تب لرز، تب گردیده و تب سه یک نیز نامیده می‌شود. بیشترین گونه‌های شناخته شده در ایران تب مواظبه یا روزانه (که دوره‌های حمله‌ای آن هر ۴۸ ساعت یا یک روز در میان روی می‌دهد) و تب (ثلث) یا تب چهار یا تب ربعه (با دوره‌های حمله‌های هر ۷۲ ساعت یا هر چهار روز) بوده‌اند.^{۲۰۸} در ۱۸۶۵، پولاک مالاریا را مهم‌ترین بیماری در ایران می‌دانست و این موضوع تا دهه ۱۹۶۰، در ایران صادق بود. مالاریا به شکلی توان فرسا و در بسیاری از موارد کشنده در سراسر ایران حضور داشت. به جز مناطق شهری، مرکز دشت کویر و دشت لوت و مناطق بالای ۲۲۰۰ متر، مالاریا در هر جایی از ایران می‌توانست رخ دهد.

در حقیقت، در دره‌ها و مناطق کوهستانی، مالاریا به دلیل مسیرهای مهاجرت مردم و شیوه‌های انباشت آب، بومی بود.^{۲۰۹} در ۱۹۵۸، حدود ۶۰ درصد از جمعیت هنوز در مناطق بومی مالاریا زندگی می‌کردند و حدود ۵ میلیون نفر در هر سال به این بیماری مبتلاء می‌شدند. حدود ۲۵ درصد از موارد ویزیت شده توسط دواخانه‌ها، از آن بیماران مالاریایی بود و این بیماری یک چهارم کل مرگ و میر را به خود اختصاص می‌داد.^{۲۱۰} مالاریا به واسطه عفونت خون با یک انگل کوچک از جنس پلاسمودیوم (*Plasmodium*) روی می‌دهد که گلبول‌های قرمز خون را تخریب می‌سازد. پنج گونه از این انگل وجود دارد که موجب مالاریا در انسان می‌شوند و دو گونه پلاسمودیوم فالسی پارم و پلاسمودیوم وایواکس، بالاترین تهدید را ایجاد می‌کنند.

²⁰⁸ Schlimmer 1970, p. 283; Hamdidi 1380, pp. 215-16; Polak 1865, vol. 2, p. 330; Field 1939, p. 558; Jorjani 2535, p. 225, 235

²⁰⁹ Polak 1865, vol. 2, p. 330; Government of Great Britain 1945, p. 416; Andrews 1950, p. 5.

²¹⁰ Edrissian 2006, pp. 1-2.

در ایران، عمده موارد توسط پلاسمودیوم وایواکس انتقال می‌یابد، در حالی که پلاسمودیوم فالسی پالم و پلاسمودیوم مالاریا نقش کمتری ایفا می‌کنند.^{۲۱۱} علائم این بیماری شامل تب (اغلب دوره‌ای)، لرز، خستگی، کم خونی و سردرد است و در صورت عدم درمان، در موارد شدید، منتهی به مرگ می‌شود که این به عوامل متنوعی همچون سن، سلامت، سطح ایمنی بیمار، تیپ انگل پلاسمودیوم و عوارض آن بستگی دارد. شیوع بیماری بر بهره‌وری اقتصادی اثر می‌گذارد زیرا بیماران اغلب توانایی کار را ندارند. در مواقعی، حتی اثر منفی بر برداشت محصول می‌گذارد زیرا نیروی کافی کار در لحظات بحرانی چرخه کشاورزی وجود ندارد.^{۲۱۲}

در ۱۸۸۰، آلفونس لاوران (Alphonse Laveran)؛ (برنده جایزه نوبل ۱۹۰۷) انگل را در خون بیماران مالاریا یافت. در ۱۸۹۷، ویلیام مک کالوم (William MacCallum)، مراحل جنسی را در خون پرندگان آلوده (*Haemoproteus Columbae*) کشف کرد. در همان سال رنالدروز (Ronald Ross) (برنده جایزه نوبل ۱۹۰۲) چرخه انتقال در پشه‌های کولیسین *Culicine* و پرندگان آلوده شده با پلاسمودیوم رلیکتوم را توصیف کرد. در ۱۸۹۹ ژيووانی باتیستا گراسی، آمیکو بیگ نامی، گیوسپ باتیسیانلی، آنژلوسلی، کامیلوگلژی و اتورمارچیاوا نشان دادند مالاریای انسانی توسط پشه‌های آنوفل انتقال می‌یابد. این کشف که انگل‌های مالاریا پیش از ورود به جریان خون در کبد رشد و تکامل می‌یابند توسط هاینریش شورت و سیریل گارن هام، در سال ۱۹۴۸ انجام شد و مرحله نهایی در چرخه زندگی یعنی مراحل خفتگی در کبد به شکل انحصاری در سال ۱۹۸۲ توسط وجیش کروتوسکی نشان داده شد.^{۲۱۳}

در اکثر موارد، مالاریا توسط گزش پشه‌های آنوفل ماده انتقال می‌یابد که بیش از

²¹¹ WHO/World Malaria Report 2014.

²¹² WHO/malaria; CDC-Malaria;

برای توصیف دقیق بیماری تشخیص داده شده در دهه ۱۸۵۰، بنگرید:

Polak 1865, vol. 2, pp. 330-40.

²¹³ Cox 2010.

۴۰۰ گونه گوناگون آن‌ها وجود دارد. پشه‌ها تخم‌های خود را در آب گذاشته، تخم‌ها به لارو تبدیل شده و در نهایت به شکل پشه‌های بالغ پدیدار می‌شوند. از بیش از ۴۰۰ گونه پشه‌های آنوفل تنها ۷۰ گونه به عنوان ناقل بالقوه محسوب می‌شوند. همان گونه که در بالا اشاره شد، فقط پنج گونه انگل مالاریا وجود دارد که می‌توانند انسان را آلوده سازند. پشه‌های ماده به جستجوی خون جهت تغذیه تخم‌های خود می‌پردازند. انتقال مالاریا در ایران کانونی بود و بستگی به شرایط اقلیمی داشت، این شرایط ممکن بود بر تعداد و بقاء پشه‌ها اثر گذارند (مانند الگوهای بارندگی، حرارت و رطوبت). در بسیاری از مکان‌ها، انتقال فصلی بود و اوج آن در هنگام و بلافاصله پس از بارندگی بود. افراد ممکن است ایمنی ناقصی را پس از سال‌ها برخورد با مالاریا، به دست آورند ولی این ایمنی هرگز حفاظت کاملی را فراهم نمی‌آورد، اما می‌تواند خطر عفونت شدید مالاریا را کاهش دهد.^{۲۱۴}

تا قرن بیستم، هیچ‌گونه مطالعه نظام‌مندی درباره این بیماری در ایران انجام نشده بود و این در حالی است که مالاریا در خاورمیانه باستان (بین‌النهرین و ایران) وجود داشته است.^{۲۱۵} در اوستا از یک تب نوبه‌ای یاد شده که ممکن است منظور مالاریا بوده باشد.^{۲۱۶} اسکندر از مالاریای مزمن در رنج بوده است.^{۲۱۷} در حقیقت به نظر لادرمن (Laderman)، سربازان خشایارشا که به یونان در ۴۸۰ پیش از میلاد هجوم بردند، ممکن است بیماری را به مناطق یونانی که تا آن زمان خالی از مالاریا بودند و یا شکلی خفیف از مالاریا در آن بومی بود، انتقال داده باشند.^{۲۱۸}

در نتیجه، بیماری و علائم آن، در آثار بقراط و کتب پزشکی یونانی پس از آن،

²¹⁴ WHO/malaria; CDC-Malaria.

²¹⁵ Bruce-Chwatt 1965.

²¹⁶ Najmabadi 1353, p. 112

در دنبال تفسیر پهلوی وندیداد ۷:۵۷

tafnušča ... sārastišča as tab ... tab ī sard; Anklesaria, p. 179.

²¹⁷ Elgood 1951, pp. 28, 30.

²¹⁸ Laderman 1975, p. 592.

دیده می‌شود^{۲۱۹}. پزشکان مسلمان نیز به مالاریا پرداخته‌اند. اما این منظر از آثار آن‌ها هنوز مورد مطالعه قرار نگرفته است و یک انتظار پژوهشگر کوشنده‌ای را می‌کشد. علی ابن سهل ربن طبری (۷۰-۸۳۸)، در فردوس الحکمه چندین گونه تب را ذکر می‌کند^{۲۲۰}. علی ابن مجوس اهوازی (علی بن عباس) از تبی به نام نوبه یا تب دوره‌ای یاد می‌کند که احتمالاً مالاریا بوده است^{۲۲۱}. رازی در الحاوی از گونه‌های گوناگون تب بحث می‌کند و ابن سینا، الگوهای بالینی حمله تب مقطعه با دوره‌های ۴ تا ۱۲ ساعت با مراحل سرد، گرم و تعریق را توصیف می‌کند که احتمالاً توصیفی است از حملات دوره‌ای مالاریا^{۲۲۲}.

کهن‌ترین کتاب پزشکی فارسی که به بحث پیرامون تب‌های مقطعی (مالاریا) پرداخته است هدایه المتعلمین فی الطب اخوینی بخاری (قرن ده میلادی) است. برای درمان مالاریا، ابوالعلا شیرازی (قرن ده میلادی)، آرسنیک (سم الفار یا زهر موش) را پیشنهاد کرد^{۲۲۳}. بهاء الدوله، یک آیین جادویی که نیاز به یک بره، یک نخ، یک باکره در شب چهارشنبه بوده است را توصیف کرده است^{۲۲۴}.

طی دورانی که تاریخ نگاران و سیاحان، از گونه‌های گوناگون تب‌های مقطعی (تب گردشی) نام برده‌اند، یکی از آن‌ها ممکن است مالاریا بوده باشد^{۲۲۵}. اولریوس (Olearius) گزارش داده در ایران مناطقی وجود دارد که هوای خوب و بد دارند. به ویژه در شیروان و گیلان، او از رخداد بالای تب که احتمالاً مالاریا بوده است، یاد کرده است^{۲۲۶}.

²¹⁹ Jones 1909, Chapter 3.

²²⁰ Tabari 1386, pp. 319-47.

²²¹ Najmabadi 1353, p. 462.

²²² Razi 1384; Ibn Sina 1376, pp. 105-08.

²²³ Azizi and Bahadori 2014, p. 405.

²²⁴ Elgood 1951, p. 362.

²²⁵ Jorjani 2535, p. 235.

²²⁶ Olearius 1656, p. 565.

برابر گفته شاردن، تب مقطعه یا تب پاییزی، به ویژه آن‌هایی که با لرز شروع می‌شدند، بسیار شایع بودند^{۲۲۷}. تب‌های عمومی گوناگونی موجب مرگ بسیاری در بندرعباس شدند؛ مرگ و میر اروپایی‌ها در قرن هفدهم حداقل ۲۵ درصد بود و گاهی از اوقات حتی به ۵۰ درصد نیز می‌رسید (هرچند که همه آن‌ها به دلیل حملات تب نبودند)^{۲۲۸}. در سال ۱۷۵۸، ایوز (Ives) در بندرعباس، تب‌های مقطعه‌ای دید که عمدتاً در ماه‌های می - سپتامبر یورش می‌آوردند و به ندرت تب چهار روز یک بار وجود داشت. ایوز از پارکر، پزشک بریتانیایی که در بندرعباس خدمت می‌کرد یاد می‌کند که تبی پاییزی را که به تب چهار روزه منتهی می‌شد و چندین ماه طول می‌کشید، توصیف کرده است. او برای این بیماری کینین، «داروی اصیل»، تجویز می‌کرد^{۲۲۹}. تب‌های مقطعی در ایران قاجار نیز شایع بودند^{۲۳۰}. سپاهیان ایران در دهه ۱۸۴۰، زمانی که تلاش می‌کردند شورش خوزستان را فرو نشانند، دچار مالاریا شدند^{۲۳۱}. همچنین، ساکنین شیراز، به صورت منظم، از دوره‌های حمله‌ای مالاریا رنج می‌بردند^{۲۳۲}. این در حالی بود که مردم سواحل دریای مازندران سالم نبودند و اغلب دچار تب مقطعی کشنده‌ای بودند^{۲۳۳}. در حقیقت، در ۱۸۳۰، کونولی نوشت «مالاریا در تابستان، دره‌های مازندران را غیرقابل سکونت می‌سازد»^{۲۳۴}. او نوشت که «یک دریاچه نزدیک آسترآباد موجب می‌شود ساکنین آن از مالاریا در رنج باشند»^{۲۳۵}.

²²⁷ Chardin 1811, vol. 5, p. 182.

²²⁸ Floor 2006, pp. 265-66; Elgood 1951, p. 426; Kaempfer 2018, p. ??.

²²⁹ Ives 1773, pp. 198, 498f (برای توصیف بیماری)

²³⁰ Southgate 1840, vol. 2, p. 66; Schlimmer 1970, p. 281 (q.v. fièvre anticipante), 283 (q.v. fièvre intermittante); Polak 1865, vol. 2, p. 330; Baker 1886, p. 323.

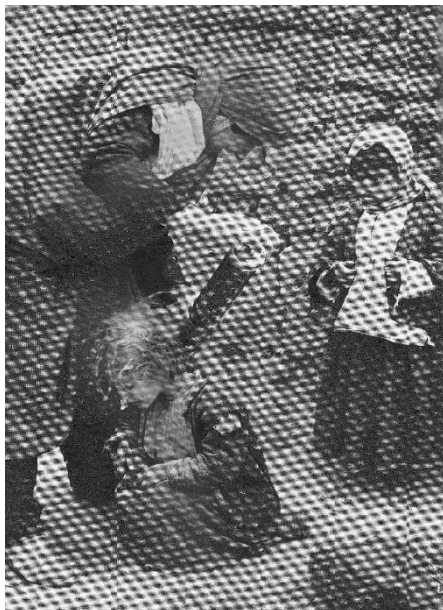
²³¹ Layard 1887, vol. 2, p. 89.

²³² Sirjani 1361, pp. 717, 509, 491, 489, 487, 465, 463, 270, 193, 170-164, 143.

²³³ Holmes 1845, pp. 55, 98, 136, 249.

²³⁴ Connolly 1834, vol. 1, p. 25.

²³⁵ Connolly 1834, vol. 1, p. 31.



تصویر ۲- پاشاندن ضد مالاریا در یک روستا در دهه ۱۹۵۰

الاسایکس (Ella Sykes) نیز آورده که در آغاز قرن بیستم "به ویژه در رشت، گویا نفرین مالاریا بر شهر فرود آمده است"^{۲۳۶}. در ۱۸۸۰، حدود پنج هزار نفر از مالاریا در رشت فوت کردند و اجساد در مساجد و خیابان‌ها پشته شده بودند^{۲۳۷}.

درمان سنتی

عموماً در ایران هر سه شکل مالاریا رخ می‌داد ولی عفونت چهار روزه زیاد شایع نبود و درمان بیماری ناکافی و ناکارآمد جلوه می‌کرد. بر اساس گفتار نلیگان (Neligan):

"پزشکان ایرانی از مقدار ناکافی کینین استفاده می‌کنند و بیمار به ندرت پس از افت درجه حرارت، درمان می‌شود. رسم انتظار تا زمانی که درجه حرارت به طبیعی افت کند پیش از دادن کینین، بسیار گسترده است و این رسم در مورد نمونه‌های ممتد مهلک، فاجعه آمیز است. طبقه دیگری از بیماران که از تجویز کینین (برای آن‌ها) خودداری می‌شود، زنان باردار است. شدیدترین و سریع‌ترین موارد کم خونی در میان آن‌ها دیده می‌شود. تجویز کینین با تزریق بسیار ناشایع است و بدبختانه تزریق نیز اغلب بد انجام می‌شود. اما با این وجود، بیماران تصور می‌کنند که خاصیتی

²³⁶ Sykes 1910, p. 42.

²³⁷ Tavili 1371, vol. 1, p. 233.

در سرنگ است و انژکسیون به یک واژه فارسی تبدیل شده است^{۲۳۸}.

شیوه‌های سنتی تر درمان مالاریا یا تب نوبه، عموماً ناکار آمد بودند. اولین واکنش سنتی به تب، حجامت بود، "حجامت برای همه شکایات انجام می‌شود حتی مالاریا"^{۲۳۹}. این شیوه نیز توسط پزشکان اروپایی در قرن هجدهم، هر چند به ندرت، انجام می‌شد؛ در قرن نوزدهم این شیوه درمانی کنار گذاشته شد^{۲۴۰}. جان مالکوم (John Malcolm)، سفیر بریتانیا در دربار قاجار، نقل کرده که سران یک قبیله کرد در مرز ایران و عراق ادعا می‌کنند توان درمان تب نوبه را دارند. "به ارث رسیده از نسل‌های پیشین، درمان تب نوبه که در آن سرزمین بیماری شایعی است شامل کتک زدن بیمار در شیوه‌های نامهربانانه است"^{۲۴۱}. این شیوه در جای دیگری در ایران نیز به کار برده می‌شده است^{۲۴۲}. در بیرجند، مالاریا (تب نوبه) را با گذاشتن یک فنجان چای در آفتاب و گذاشتن یک میخ آهنی در جلوی بیمار درمان می‌کردند و بیمار چنین می‌گفت "من تب خود را به این میخ می‌دهم". میخ را سپس در زمین فرو کرده و مقداری چای بر آن ریخته و بیمار را مجبور می‌کردند که مابقی چای را بنوشد^{۲۴۳}.

این شیوه از درمان مالاریا مختص به مسلمانان نبود و همه ایرانیان از هر کیشی که بودند به آن باور داشتند و به کار می‌بردند. برای مثال، یک مرد مسیحی چالدران مبتلا به مالاریا به کشیش خود مراجعه کرد. کشیش برای او دعا کرد و مراسمی انجام داد و سپس یک رشته پنبه به دور کمر بیمار بست و به او گفت که چنانچه بهبودی نیافت، مراجعه کند^{۲۴۴}. باور بر این بود که خاک مقابر افراد مقدس و حتی افراد محترم

²³⁸ Neligan 1926, part II, p. 693.

²³⁹ Collins 1896, p. 168.

²⁴⁰ Ives 1773, pp. 500, 503; Polak 1856, vol. 2, p. 342.

²⁴¹ Malcolm 1820, vol. 2, p. 536.

²⁴² Fowler 1841, vol. 1, p. 60.

²⁴³ A. Ahmadi, "Adab va mo'taqadat-e `amiyaneh dar Birjand," Sokhan 7/8, 1335 shamsi/1956, p. 814.

²⁴⁴ Sargis 1901, p. 585.

در حال حیات، دارای قدرت درمانی هستند. عین السلطنه در دفتر خاطرات روزانه خود چنین نوشت: "قم را به سمت تهران ترک کردم. مالاریا (تب نوبه) و لرز شدید داشتم". از این رو، او دوی زنانه، آب دعا، خاک مقبره امام پنجم، آب قفل (آبی که به قفل های مقبره ریخته شده بود) و قرصی ساخته شده از خاک ضریح حضرت معصومه (س) را استفاده کردم. درمان نتیجه داد زیرا پس از آن بیماری قدری بهتر شد^{۲۴۵}.

با هدف آگاهی رسانی درباره مالاریا و پیرامون علت و چگونگی درمان آن، مقالاتی در روزنامه وقایع اتفاقیه در سال ۱۸۵۲، به چاپ رسید^{۲۴۶}. در سال ۱۸۵۸، ترجمه فارسی کتابی اروپایی پیرامون آسیب شناسی جهت استفاده دانشجویان دارالفنون چاپ شد که در آن، انواع گوناگون تب و نیز پاتوژنز و تشخیص مالاریا توصیف شده بود^{۲۴۷}. مطبوعات عمومی اولیه و طرف دار حقوق زنان، مالاریا را به عنوان موضوع اصلی سلامت، در نوشته های خود، معرفی می کردند^{۲۴۸}. تنها داروی در دسترس کینین (مشتقی از پوست درخت گنه گنه) بود که از قرن هفدهم آن را می شناختند.

دولت قاجار نه وسیله (کینین و زیرساخت پزشکی) و نه میل به اقدامات پیشگیرانه در مقیاس گسترده داشت. در حقیقت، شهرداری تهران با تلاش پرهاس جهت بهبود شرایط سلامت عمومی، وضع را هم حتی بدتر کرد "با ساخت مجموعه ای از حوض های کوچک که با آنها به خیابان ها، آب آلوده وارد می شد. این حوض ها، مکان های زاد و ولد بیشتری را برای ناقل مالاریا فراهم آوردند". به دلیل نا آگاهی و نادانی، مردم برای زدودن مکان های پرورش پشه های آنوفل در اطراف سکونت گاه های خود، کاری انجام

²⁴⁵ Eyn al-Saltaneh 1376, vol. 1, p. 312; Fevrier 1900, p. 71; Tavili 1371, vol. 1, p. 233.

برای درمان تجویز شده توسط پزشکان اروپایی در ایران، بنگرید:

Ives 1758, pp. 500-05; Polak 1865, vol. 2, pp. 340-41.

²⁴⁶ Government of Iran, Ettefaqiyeh-ye Vaqaye`, vol. 1, pp. 443-54 (cause), 710, 874 (treatment).

²⁴⁷ Azizi and Bahadori 2014, p. 406 (with a picture of 2 pages of this manuscript).

²⁴⁸ Tarbiyat, Index q.v. *tab-e nowbeh, homay-e motbaqeh*; `Alam-e Nesvan 3 (January 1922), pp. 5-9; Idem 3 (May 1931), pp. 111-16.

ندادند. تا شروع قرن بیستم، علم پزشکی هنوز به گونه‌ای پیشرفت نکرده بود تا کاری را انجام دهد. در نهایت، شیوه پاشیدن نفت بر روی آب‌های راکد و کاربرد ماهی‌های لارو خوار، ارائه گردید.

نلیگان بلافاصله با ورود خود در سال ۱۹۰۶، استفاده از ماهی طلایی را به عنوان کشنده لارو، معرفی نمود. این شیوه توسط بسیاری از خانوارهای تهرانی، البته نه همه، مورد پذیرش قرار گرفت. این اقدام، کاستی‌های خود را داشت، زیرا گربه‌ها به همان اندازه‌ای که ماهی‌ها به لاروها علاقه داشتند، ماهی را دوست داشتند. همچنین با تعویض آب حوض‌های کوچک باغچه، ماهی اغلب فرار می‌کرد. فقط ثروتمندان در زمانی که احساس نیاز به کینین داشتند و نه لزوماً بر علیه مالاریا از پشه بند استفاده می‌کردند. نلیگان برای برقراری سازمان بهداشتی قوی حمایت پلیس جهت مهر و موم کردن این مکان‌ها را داشت^{۲۴۹}. اما سرانجام در دهه ۱۹۴۰ بود که پاشیدن دی‌کلرو دی‌فنیل تری کلرو اتان، با نتایج خوب، به کار گرفته شد.

اولین ارزیابی‌های مالاریا

گرچه مالاریا مهم‌ترین بیماری‌ای بود که ایرانیان از آن رنج می‌بردند اما اطلاع کمی از این بیماری وجود داشت. با در نظر گرفتن این که از سال ۱۹۰۰، ساز و کار انتقال بیماری شناخته شده بود و فقدان پزشکان ایرانی تربیت شده با طب مدرن نیز وجود داشت، این موضوع قابل درک است. همچنین، به دلیل وجود مسائل سیاسی داخلی، دولت مرکزی نمی‌توانست عملکرد مؤثری میان سال‌های ۱۹۰۶ تا ۱۹۲۱ داشته باشد. اما پس از این سال، دولت مدرن شده نوین می‌خواست از نفوذ بیماری و آن چه که برای درمان آن بهترین است، ایده‌ای بیابد. در نتیجه، مطالعاتی میان سال‌های ۱۹۲۱ تا ۱۹۵۰ انجام شد که پاره‌ای از آن توسط حکومت ایران و پاره‌ای

²⁴⁹ Neligan 1926, part II, pp. 693.

دیگر نیز توسط دولت‌های خارجی و همچنین شرکت‌های خصوصی و پژوهشگران انجام گردید. این مطالعات داده‌هایی را فراهم آوردند که در پی آن اولین اقدام ضد مالاریای ملی در سال ۱۹۵۸، پی ریزی شد.

پیش از بحث درباره این پیکار، بهتر است نتایج مطالعات گوناگون در هر منطقه استانی بومی، را به دست دهیم. مطالعه گیل‌مور (Gilmour) در جامعه ملل، یکی از اولین‌ها (۱۹۲۵) است که مسأله را در متن ابعاد ملی قرار داد و در نتیجه دست اندرکاران را بر این ایده تمرکز داد که اهمیت مسأله چقدر است. او چنین نتیجه گرفت ۶۰ درصد از جمعیت ۱۲ میلیون نفری ایران در مناطق بسیار بومی مالاریایی زندگی می‌کنند. او چنین تخمین زد که هر سال حدود ۴ تا ۵ میلیون از مردم دچار مالاریا می‌شوند که عامل ۳۰ تا ۴۰ درصد از همه مرگ‌ها در ایران بوده است. در نتیجه، وزارت بهداشت، یک سوم از بودجه سالانه خود را برای خرید کینین جهت درمان بیماران هزینه کرد. با این وجود، آن چه از ارزیابی‌هایی که بعداً انجام شد، آشکار گردید آن است که رخداد مسئله مالاریا، به شکل نامساوی، در کشور روی می‌داد یعنی بعضی از مناطق بیشتر از دیگر مناطق دچار بیماری می‌شدند.

بکلمیشو و گونتوا (Beklemishev & Gontaeva) (۱۹۴۳) در بررسی شمال غرب ایران دریافتند رخداد مالاریا به ارتفاع و آب بستگی دارد. در شهرهای واقع در منطقه فلات، مالاریای کمتری وجود داشت. در شهرهای کوهستانی، آب بیشتری وجود داشت که زمینه را برای پرورش پشه‌ها آماده می‌کرد و از این قرار موجب مالاریا بیشتری می‌شد.^{۲۵۰} شصت سال بعد، مطالعات انجام شده توسط صالحی و دیگران (۲۰۰۸) و براتی و همکاران (۲۰۱۲) نیز نشان داد که انتقال مالاریا در جنوب شرقی ایران، همبستگی چشمگیر با ارتفاع (۶۵۰ متر)، حرارت‌های بیشینه (۳۰ درجه سانتی‌گراد)، کمینه (۲۰ درجه سانتی‌گراد) و متوسط (۲۵/۳ درجه سانتی‌گراد) دارد، در حالی که

²⁵⁰ Government of Great Britain 1945, p. 418.

بارش‌ها با خطر مالاریا همبستگی معکوس داشتند.

استان‌های ساحلی دریای مازندران

لیندبرگ در ۱۹۴۰ نتیجه‌گیری کرد در منطقه سواحل دریای مازندران با اقلیم بارانی و گرمسیری و سرزمین‌های گسترده برنج کاری که دائم آبیاری می‌شدند، تقریباً همه مردم آلوده بودند^{۲۵۱}. فقط در کوهستان‌های بلند که تنها جمعیت کوچ نشین داشتند، مالاریا خود را به صورت یک مشکل نشان نمی‌داد (۲۴۲). با این وجود، او اولین کسی نبود که مالاریا را در این منطقه پیمایش کرد. در سال ۱۹۲۱، لاتیشو^{۲۵۲}، وضعیت مالاریا را در رشت و انزلی (گیلان) مطالعه کرد. او دریافت که نرخ بزرگی طحال ۵۲/۷ درصد و نرخ انگل ۱۹/۲ درصد بود. درصد فراوانی هر گونه از پلاسمودیوم به این قرار خود را نشان می‌داد:

۵۶/۶ درصد پلاسمودیوم فالسی پارم، ۳۲/۴ درصد پلاسمودیوم وایواکس، ۴/۷ درصد پلاسمودیوم مالاریا و ۶/۳ درصد به صورت مخلوط^{۲۵۳}. ارزیابی سال ۱۹۳۵، توسط عمیدی زاده چنین نتایجی نشان داد: در گرگان و مازندران، *A. maculipennis* و *A. pseudopictus* در اواخر بهار دیده می‌شدند. *A. superpictus* در مازندران فراوان بود. نرخ طحال بزرگ از شرق به غرب از ۳۲ تا ۶۳ درصد افزایش یافته و نرخ انگل از ۵/۷ درصد به ۲۰/۹ درصد فزونی می‌یافت^{۲۵۴}. پنج سال بعد، لیندبرگ، ارزیابی مشابه‌ای را انجام داد. او پشه‌های آنوفل را در ارتفاعات دو هزار متر به بالا پیدا نکرد. با این

^{۲۵۱} فریم (Frame) گزارش کرد که در سال ۱۹۲۰ او یک بچه را با مالاریا تحت درمان قرار داده که پاسخی به کینین نداده بود ولی به سرعت به الکتراگول (Electrargol) پاسخ داد. همچنین، در میان بیماران و در بیمارستان، "هیچ تیپ بدخیم یافت نشد هر چند که نمونه‌های خوش خیم نیز به درمان خیلی مقاوم بودند".

(رشت) RG 91-19-9, Report Medical Work 1919-20.

^{۲۵۲} Latychev

^{۲۵۳} Edrissian 2006, p. 1.

^{۲۵۴} Government of Great Britain 1945, p. 419.

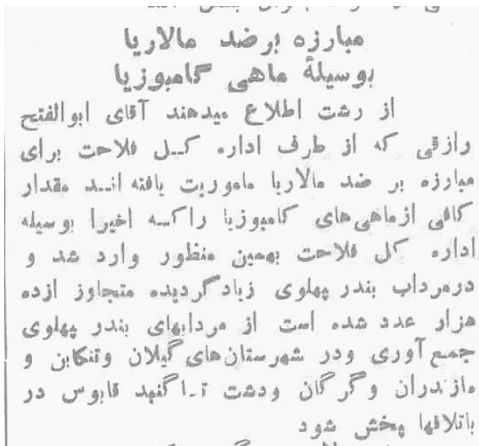
وجود، در آبکندها و دره‌های کوهستان‌های با پوشش درختی پایین تر، جمعیت انسانی پراکنده، از بیماری مالاریا، در تابستان که رطوبت بالا بود، به شدت در رنج بودند. گرچه لیندبرگ در فصل انتقال مالاریا در محل نبود، اما نتیجه گرفت *A. superpictus*، ناقل احتمالی است ولی از آن جا که در آنجا برنج کاری نیز انجام می‌شد، وجود گونه‌های دیگر نیز امکان پذیر بوده است. اکثر شهرها و روستاها در دشت ساحلی دریای مازندران قرار داشته و دارند، پهناى این دشت از ۳ تا ۶۰ کیلومتر یا بیشتر است. عمده این دشت، پوشش درختی انبوه داشته و باتلاق و مرداب نیز به فراوانی در آن یافت می‌شد. این مرداب‌ها توسط رودخانه‌ها و جریان‌های بی‌شمار و نیز بارندگی‌های فراوان (۱۵۰۰ میلی متر در سال)، تغذیه می‌شدند.

البته سرزمین‌های گسترده‌ای وجود داشتند که برنج، تنباکو، نیشکر، پنبه، گندم و سبزیجات در آن‌ها کشت می‌شد، تمام این مناطق (شهری یا روستایی) از عفونت مالاریای شدید در رنج بودند؛ هر چند که انتشار بیماری در نزدیک ساحل، به صورت تکه تکه بود. برای مثال، بابلسر در مازندران شرقی، تقریباً از مالاریا پاک بود^{۲۵۵}. بر اساس گفتار لیندبرگ، برعکس، مازندران غربی، به شدیدترین حالت دچار بود، پس از آن گیلان و سپس مازندران شرقی قرار داشتند. او بیشتر به این موضوع توجه نشان داد که بیماری به صورت کم توان در استان گلستان بومی بود. فصل انتقال از اردیبهشت یا خرداد تا پایان شهریور بود؛ خشک‌ترین ماه‌ها از آبان تا فروردین بود؛ بارندگی در طی مابقی سال، فراوان رخ می‌داد.

ناقلین فرضی مالاریا شامل *A. superpictus*، *A. elutus*، *A. maculipennis* بودند؛ در حالی که *A. pseudopictus*، *A. sinensis* و *A. bifurcatus* نیز مشاهده می‌شدند. هر سه شکل مالاریا رخ می‌داد ولی رخداد Subtertian (پلاسمودیوم فالسی پارم)، در آن زمان

²⁵⁵ Lindberg 1941;

برای خطاهای شناسایی او، بنگرید: Sedaqat 1392.



تصویر ۳- روزنامه کوشش شماره ۲۵۹۲ به تاریخ ۲۰ دی ماه ۱۳۱۶ شمسی، بریده بخشی از صفحه ۲ گزارشی از مبارزه با مالاریا در مرداب‌های گیلان و مازندران به روش رهاسازی ماهی

بسیار شایع بود^{۲۵۶}. در سال ۱۹۴۳، بیکلومیشو و گونتواوا (Beklemishev and Gontaeva) ارزیابی بر روی مالاریا، در شمال غربی ایران، انجام دادند که در میان دیگر ارزیابی‌ها، رشت و انزلی را پوشش می‌داد. آن‌ها نتیجه گرفتند که آنوفل‌ها شامل این گونه‌ها بودند: *A. maculipennis*، *A. superpictus* و *A. maculipennis sacharovi* و *A. bifurcatus*. در دهه ۱۹۴۰، گروه خدمات بریتانیایی برداشت کردند که در کرانه ساحلی دریای مازندران به

ویژه، *A. maculipennis* و *A. hyrcanus* از ناقلین برجسته مالاریا بودند. غایب این ماجرا *A. superpictus* بود. آن‌ها همچنین دریافتند که در سال‌های اخیر، کاهش مالاریا، به دلیل انباشت رودها و مخازن با ماهی لاروکش گامبوزیا طی سال ۱۹۳۶ توسط دکتر عمیدی زاده بوده است^{۲۵۷}. میان ۱۹۴۹ و ۱۹۵۳، تقریباً نیمی از کارگران جاده سازی و صنایع در شمال ایران، از مالاریا فوت کردند^{۲۵۸}.

ناحیه تهران

گرچه فلات مرکزی، در حقیقت، منطقه‌ای خشک و بایر بود، ولی مالاریا در آن جا نیز شایع می‌شد. مالاریا در مناطق شهری به دلیل فقدان بهداشت شهری و وجود چاه‌های

²⁵⁶ Lindberg 1941; Government of Great Britain 1945, p. 418.

²⁵⁷ Government of Great Britain 1945, p. 418.

²⁵⁸ Azizi and Bahadori 2014, p. 406.

باز مستراح و مخازن آب شرب و آب شستشو، گسترش می‌یافت. بر این اساس، مالاریا به عنوان بیماری انسان ساخت نیز شناخته می‌شود زیرا انسان در خلق و ابقاء شرایط انتشار آن مؤثر بوده است. در پاره‌ای از مناطق ایران، تعداد پشه‌ها به اندازه‌ای زیاد بوده که این مناطق عاری از جمعیت شدند^{۲۵۹}. بنابراین، جای شگفتی نیست در مناطقی در فلات مرتفع رخداده مالاریا تقریباً به همان بدی کرانه ساحلی دریای مازندران بود.

نلیگان به عنوان پزشک بریتانیایی وابسته به سفارت بریتانیا و عضو مجلس حفظ الصحه (Sanitary Commission)، به ویژه از نواحی حاصلخیز شهریار و خار، نزدیک تهران، یاد می‌کند شرایط به گونه‌ای بد بود که در حدود سال ۱۹۲۰ مردم از دولت خواستند که کاری انجام دهد چرا که بسیاری از مردم هر سال فوت می‌کردند. اما باز خورد، فقط مقداری زیادی پند بود و نه البته کینین کافی. در نهایت نتیجه‌ای اندک حاصل آمد. جان گیلمور (John Gilmour) از جامعه ملل که به دعوت دولت ایران جهت مطالعه وضعیت مالاریا و دیگر بیماری‌های عفونی به ایران آمد، یافته‌های نلیگان را درباره ماهیت شدید شیوع مالاریا اطراف تهران با مرگ و میر و بیماری زایی بالا تأیید نمود. در کرج (نزدیک تهران) جایی که گیلمور، جمعیت را در یک دهکده چهار مالاریا بررسی نمود، دریافت که زنان به طور متوسط فقط یک کودک زنده داشتند و پیرترین انسان دهکده ۴۵ ساله بود و ۸۵ درصد از بچه‌های مورد معاینه مبتلا به پرکاری طحال. او همچنین دریافت که ۸۵ تا ۱۰۰ درصد از بچه‌ها دچار بزرگی طحال بودند که در اکثر موارد تا نزدیک ناف کشیده می‌شد و بعضی از موارد نیز طحال تا استخوان ایلیاک امتداد داشت. داده‌های گردآوری شده در پادگان تهران در سال ۲۴-۱۹۲۳ نشان داد که مالاریا در واقع یک بیماری با بالاترین رخداد بود و افت و خیز فصلی این بیماری نیز دیده می‌شد^{۲۶۰}. در ۱۹۲۶، نلیگان، دریافت تمام کودکان زیر ۱۰ سال در اوج تابستان، دارای

²⁵⁹ Government of Great Britain 1945, p. 416, 418.

²⁶⁰ Gilmour 1924, pp. 46-49.

طحال بزرگ، بودند^{۲۶۱}. به نظر می‌آید که در میان خود ساکنین شهر تهران، مالاریا دارای رخداد پایینی بود و میزان آن بیش از ۴ درصد در سال ۱۹۲۹ نبوده است که این میزان بر خلاف داده‌های گیلیمور است که نرخ بالاتری را تا ۲۰ درصد مالاریا در میان کسانی که در دواخانه تهران تحت درمان قرار گرفتند گزارش کرد^{۲۶۲}. در سال‌های ۴۰-۱۹۳۰ در تهران، عمده مردم آلوده بودند؛ عفونت در ماه اردیبهشت آغاز شد و تا آبان ادامه می‌یافت که می‌توان این را از اطلاعات جدول ۲-۱ مورد تأیید قرار داد. عمده عفونت به دلیل پلاسمودیوم فالسی پارم (مالاریای Subtertian) بود؛ اما هر سه شکل دیگر مالاریا نیز رخ می‌دادند ولی عفونت با تب چهار روزه اندک بود^{۲۶۳}. در سال ۱۹۲۴ تعداد ۲۶۳۶ نفر از مالاریا در تهران فوت کردند^{۲۶۴}.

جدول ۲-۱: تعداد کلی سربازان بیمار در تهران
و سربازان آلوده به مالاریا (۱۹۲۳-۲۴)

ماه	کل بیماران	موارد مالاریا	درصد مالاریا به کل
آوریل ۱۹۲۳	۸۸۵	۱۷۱	۱۹
می	۹۱۷	۱۸۸	۲۰
ژوئن	۱۰۳۷	۲۲۵	۲۱
ژوئیه	۱۰۱۶	۲۹۵	۲۸
اوت	۱۰۹۱	۴۱۵	۳۷
سپتامبر	۱۲۷۲	۵۲۱	۴۰
اکتبر	۱۱۵۳	۴۰۹	۳۵
نوامبر	۸۹۰	۳۳۲	۳۸

²⁶¹ Government of Great Britain 1945, p. 416.

²⁶² Baladiyyeh-ye Tehran 1310, p. 96; Gilmour 1924, p. 48.

²⁶³ Government of Great Britain 1945, p. 418.

²⁶⁴ Floor 2004, p. 15; Persian translation, p. 11.

ماه	کل بیماران	موارد مالاریا	درصد مالاریا به کل
دسامبر	۸۴۷	۲۴۸	۲۸
ژانویه ۱۹۲۴	۱۰۷۲	۲۵۵	۲۳
فوریه	۱۰۱۶	۲۰۹	۳۰
مارس	۸۵۵	۱۷۸	۲۰
آوریل	۶۹۸	۱۴۱	۲۰
می	۷۶۲	۱۸۲	۲۳
ژوئن	۱۰۰۰	۲۸۶	۲۸
ژوئیه	۱۰۱۴	۳۰۳	۲۹

Gilmour 1924, p. 49.

غرب ایران

در منطقه ارومیه شکلی ملایم از مالاریا وجود داشت، اما پس از هجوم عثمانی در سال ۱۹۱۵، این بیماری به شکل وخیمی شایع تر شد. مناطق غربی اردلان، کرمانشاه، لرستان و همدان، به ویژه ناحیه برنج کاری مریوان در اردلان، از این لحاظ، مشهور بودند. در لرستان، شرایط مالاریا، به شکل گسترده، در بخش‌های گوناگون استان متفاوت بود. انتقال به صورت عمده در اردیبهشت و خرداد روی داد و در مهر و در آبان بیشتر بود. تمام سه گونه پلاسمودیوم دیده می‌شد و پلاسمودیوم فالسی پارم در دهه ۱۹۳۰ بیشترین را به خود اختصاص می‌داد.^{۲۶۵}

در ۱۹۴۴، عمیدی زاده نتایج خود از ارزیابی سال ۱۹۳۵ اراک و خرمشهر که *A. superpictus* و *A. maculipennis* در آن دیده می‌شد را گزارش کرد. در اراک، اهالی پنج روستا در نزدیکی دریاچه نمک، ۳۲ تا ۵۳ درصد در فصل تابستان، دچار طحال بزرگ، بودند؛ از ۲۲۴ نفر معاینه شده ۳۶ نفر انگل در خون خود داشتند

²⁶⁵ Lindberg 1941; Government of Great Britain 1945, p. 419.

(پلاسمودیوم فالسی پالم و پلاسمودیوم مالاریا ۹۰ درصد). در خرم‌آباد، میزان طحال بزرگ ۶۵/۵ درصد در میان ۲۸۶ کودک، و میزان نرخ انگل نیز ۳۰ درصد در پاییز بود. آزمایش خون نشانگر حضور پلاسمودیوم فالسی پالم در ۸۰ درصد، پلاسمودیوم مالاریا ۱۰ درصد و پلاسمودیوم وایواکس ۸ درصد بود^{۲۶۶}.

خوزستان

مالاریا مهم‌ترین بیماری بومی خوزستان بود. در استان، فقط مناطق دو سوی رود کارون آلوده بودند و در شهرهای شوشتر، دزفول و اهواز، مالاریا چندان رخ نمی‌داد. نهرهای آبیاری و مانند آن، مکانی عالی برای پرورش پشه‌ها محسوب می‌شدند و جمعیتی که در کرانه آن‌ها زندگی می‌کردند از مالاریا در رنج بودند^{۲۶۷}. ”بیماری مالاریا شایع بود، گرچه منطقه گرمسیر بختیاری را نمی‌توان به عنوان ناحیه مالاریایی قلمداد کرد. ”مالاریا به صورت عمده در بهار رخ می‌داد؛ معمولاً خوش خیم بود و اغلب عود نمی‌کرد.“ یانگ (Young)، پزشک شرکت نفت انگلیس - ایران (Anglo-Iranian Oil Company - AIOC) گزارش داد که از ”۵۰۰ مورد فقط ۱۰۰ مورد شامل *quotidiavs* *cachectics* و بیماران با طحال بزرگ بودند و عمده آن‌ها افرادی بودند که چندین سال بیماری با آن‌ها بوده است“^{۲۶۸}.

آلوده‌ترین مناطق تا اندازه‌ای شامل منطقه تحت امتیاز انحصاری AIOC (شرکت نفت ایران - انگلیس) بود. جدا از این حقیقت که از ۱۹۳۲، AIOC مسئول سلامت عمومی در آن منطقه محسوب می‌شد، شرکت از اوایل عملیات خود، گام‌هایی را برای برقراری شرایط سالم کار برای کارگران پیمود زیرا این موضوع در منافع مالی ریشه

²⁶⁶ Government of Great Britain 1945, p. 419.

²⁶⁷ Shahnava 2005, p. 127; Government of Great Britain 1945, p. 417.

²⁶⁸ Field 1939, p. 558.

داشت^{۲۶۹}. جدول ۲-۲، مرخصی از کار کارگران AIOC را به دلیل مالاریا نشان می‌دهد. بررسی فقدان اقدامات پیشگیری در مناطقی که تحت کنترل AIOC نبود، بسیار تکان دهنده است. بخش پزشکی AIOC کنترل کامل بر روی مناطق نفتی و ایستگاه‌های خطوط انتقال داشت یعنی جایی که کارگران AIOC در خانه‌های سنتی ایرانی و یا خانه‌های ساخته شده توسط AIOC زندگی می‌کردند.

جدول ۲-۲: درصد کارگران AIOC که به دلیل مالاریا از کار مرخص می‌شوند.

مکان / سال	۱۹۳۴	۱۹۳۵	۱۹۳۶	۱۹۳۷
آبادان	۴۵/۸	۳۷/۴	۶۷/۱	۳۹/۰
مناطق میدان نفتی	۴۵/۳	۲۷/۸	۱۹/۲	۱۶/۹
ایستگاه‌های خط لوله	۱۳/۸	۱۰/۳	۱۶/۷	۱۵/۴
شرکت نفت خانقین	۲۹/۰	۱۶/۲	۴۷/۴	۲۹/۲
شرکت نفت کرمانشاه	-	۴۱/۸	۶۴/۸	۶۱/۶

Government of Great Britain 1945, p. 420.

در آبادان، خانقین و کرمانشاه، به ویژه در دو شهر آخری، کارگران در خانه‌های سنتی ایرانی زندگی می‌کردند. بنابراین، AIOC، اقدامات پیشگیرانه خود را همراه با پژوهش پیرامون مالاریا آغاز کرد. تمرکز اصلی مبارزه با مالاریا که از سال ۱۹۳۴ آغاز شد، ریشه‌کشی مکان‌های زاد و ولد پشه بود. در منطقه AIOC، توجه کارکنان پزشکی بر حذف زمین‌های زاد و ولد پشه که شامل منطقه‌ای گسترده در حوالی مناطق اسکان انسانی بود، تمرکز یافت.

AIOC نتیجه گرفت *A. superpictus* مهم‌ترین ناقل است که از اواسط بهمن تا اواسط آبان زاد و ولد می‌کند. *A. stephensi* مقام بعدی اهمیت را داشت و از اردیبهشت

²⁶⁹ Floor 2013 or Chapter Five.

تا مهر، زاد و ولد می‌کرد و در مرداد - شهریور، گونه غالب بود. *A. elatus* در مناطق تحت کنترل AIOC چندان مشاهده نمی‌شد. دیگر آنوفل‌ها که در درجه‌های گوناگون دیده می‌شدند شامل *A. d'thali*، *A. pulcherimus* و *A. sergenti* و *A. apoci* بودند. از گونه‌های دیگر که به ندرت دیده می‌شدند می‌توان از *A. turkhudi* و *A. hyrcanis vor merrimus* و *A. bifurcatus* و *A. algenensis* نام برد.^{۲۷۰} از AIOC جزوه «دانش کاربردی عوامل و پیشگیری مالاریا، وبا، تیفوئید و دیگر بیماری‌ها» در سطح وسیع انتشار یافته است.^{۲۷۱} تولید نفت اثر مثبتی بر روی پیشگیری از مالاریا داشت. راس (Dr. Ross) گزارش داد که «یک واقعیت پزشکی جالب آن است نفت که به آب‌های این منطقه (نزدیک شوشتر) جریان می‌یابد، از طریق نابودی مناطق زاد و ولد آنوفل‌ها، از مالاریا پیشگیری می‌کند»^{۲۷۲}.

در واقع، AIOC فهمید که نفت اثر بیشتری نسبت به لاروکش‌ها در شرایط محلی دارد.^{۲۷۳} در سال ۱۹۵۰، AIOC با پاشیدن DDT در تمام خانه‌های آبادان (۶ تا ۹ بار در سال)، پاکسازی حمام‌ها از حشرات موزی، پاکسازی نهرها، نفت‌ریزی بر روی آب جهت کشتن لاروها، جمع‌آوری و دفع زباله و همچنین پرداخت ۵۰ درصد از بودجه شهرداری جهت انجام امور بهداشتی، به پیکار با مالاریا پرداخت.^{۲۷۴}

بوشهر

بر اساس گفته لیندبرگ، مالاریا در بوشهر به صورت پایدار و بومی وجود داشت بود. در دهه ۱۹۳۰ «مالاریا بالای شهر محسوب می‌شد. بسیاری از مردم مصیبت دیده

²⁷⁰ Lindberg 1941; Government of Great Britain 1945, p. 417-19.

²⁷¹ Morton 1940, p. 243.

²⁷² Ross 1921, pp. 57, 59

(مسلماً، گسترش منطقه تحت کشت برنج در زمین‌های بختیاری، اثری معکوس داشت.)

²⁷³ Government of Great Britain 1945, p. 419.

²⁷⁴ ILO 1950, p. 42; Andrews 1950, p. 24.

با تب و لرز در نقاط سایه دار خیابان‌ها دراز کشیده بودند^{۲۷۵}. پشه‌ها و مگس‌ها نه تنها در منابع آب بلکه واقعاً در هر کجا وجود داشتند. فقط با قدم زدن در خیابان‌ها و یا بازار، یک ناظر معمولی می‌توانست ببیند که "تعداد بی‌شماری از کنه‌های سیاه در حال حرکت بوده و به میوه و نان هیبت سیاه خودشان را اضافه می‌کردند"^{۲۷۶}.

بنابراین، فصل بارانی هر چند مرطوب‌تر بود، افراد بیشتری از مالاریا در رنج قرار می‌گرفتند. مراجعات به دواخانه در هنگام هوای ملایم‌تر، کاهش می‌یافت ولی "در سال‌های طبیعی این فصل برای کارکنان بیمارستان یک (هجوم) محسوب می‌شد"^{۲۷۷}. اگر چه این احتمال وجود دارد که رخداد مالاریا رویدادی بوده است که در دوره‌های زمانی رخ داده باشد زیرا در سال ۱۸۵۰ بینینگ (Binning)، چنین گزارش کرد "تب‌های بد، در آن زمان (فصل گرم) که به طور وسیع در داخل ایران شایع بود، در اینجا رایج نیست"^{۲۷۸}. این زمانی بود که بوشهر هنوز به عنوان یک مکان سالم قلمداد می‌شد.

در سال ۱۹۳۴، مریت - هاوکس (Merritt-Hawkes) چنین بیان داشت: "مالاریا نفرین بوشهر است ولی اهالی بومی درمان را بر پیشگیری ترجیح می‌دهند؛ آن‌ها تن‌ها کینین را می‌بلعند و از صدها تزریق لذت می‌برند ولی حوض‌های کوچکی که در هر حیاط خانه‌ای یافت می‌شوند و لارو پشه‌ها در آن‌ها آزادانه جست و خیز می‌کنند را نمی‌پوشانند. شکم‌های بزرگ به جلو آمده در نتیجه طحال‌های بزرگ، در همه جا دیده می‌شوند و زمانی که یک زن بچه نداشته باشد (که یک مشغله دائم است مگر آن که بیماری مقاربتی داشته باشد)، چنین می‌نماید که حامله هستند"^{۲۷۹}.

²⁷⁵ Böhme 1977, p. 251.

²⁷⁶ Brittlebank 1873, p. 96.

²⁷⁷ Administration Report 1932, p. 11.

²⁷⁸ Binning 1857, vol. 1, p. 148.

²⁷⁹ Merritt-Hawkes 1935, p. 6.

تعداد افراد ویزیت شده در دواخانهٔ بریتانیایی برای درمان مالاریا به این شرح است: ۵۷۲۰ (۱۹۱۸)، ۴۹۴۰ (۱۹۱۹)، ۴۸۹۲ (۱۹۲۰)، ۱۲۰۰ (۱۹۲۳) و ۳۶۱۹ (۱۹۳۳)؛ در آن زمان جمعیت بوشهر حدود ۲۰ هزار نفر بود. به صورت عمومی، مالاریا در بین ۲۵ تا ۳۰ درصد از بیماران ویزیت شده در دواخانه، مشاهده می‌شد. تعداد نسبتاً کم مالاریا در سال ۱۹۳۲، به دلیل خشکسالی بود ولی موارد مالاریا در فصول بارانی افزایش می‌یافت. تا پایان دههٔ ۱۹۳۰، موارد مالاریا یک سوم از کل موارد دیده شده را شامل می‌شد.^{۲۸۰} مانند استان‌های دریای مازندران، یک چهارم از مرگ و میر کلی نیز به دلیل مالاریا بود.^{۲۸۱}

مناطق دیگر

استان‌های اثر پذیرفته از مالاریا شامل: خراسان، آذربایجان و همدان بودند. کرمان، یزد و اصفهان نیز تا حدی مالاریا داشتند ولی مالاریا در سیستان و بلوچستان بسیار ناچیز بود.^{۲۸۲} اما بر اساس گفتار الاسایکس (Ella Sykes)، اهالی بومی سیستان "از مالاریا در رنج بودند"^{۲۸۳}. در همین راستا، کنسول بریتانیا گزارش کرد "مالاریا شایع است به ویژه در میانکنگی زابل جایی که همه چیز برای زاد و ولد پشهٔ آنوفل مهیا است. نوع معمول مالاریا سه به یک (*tertian*) است و چنانچه بیماری برای دوره طولانی‌ای درمان

²⁸⁰ Administration Report 1933, p. 11; Idem 1935, p. 13; Idem 1936, p. 11; Idem 1937, p. 11; Idem, 1938, p. 11; Idem, 1939, p. 11; Government of Great Britain, Trade Report 1920-21, pp. 1-2; Floor 2016, pp. 115.

²⁸¹ Edrissian 2006, p. 2.

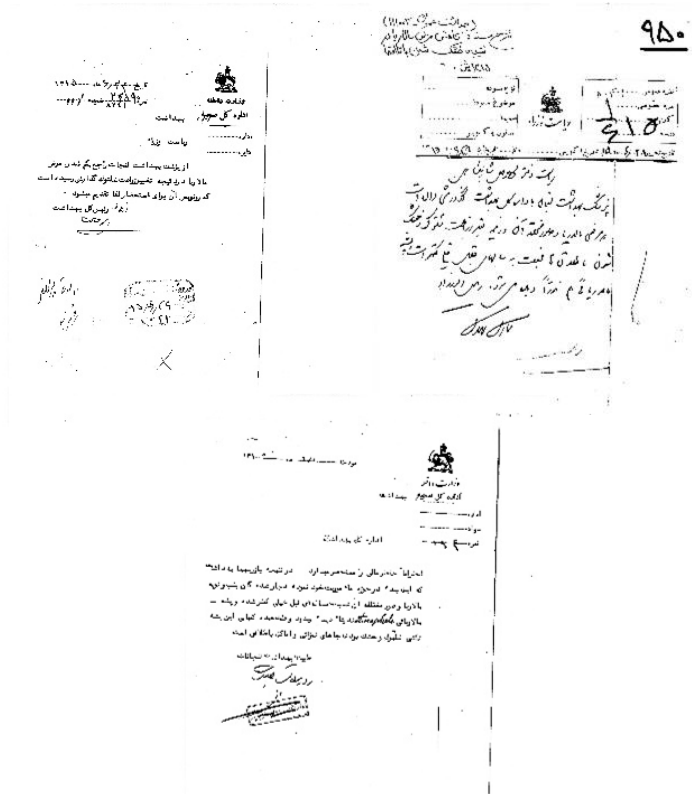
²⁸² Government of Great Britain 1945, p. 417.

مالاریا در پیش از ۱۹۳۳ در سیستان وجود نداشت ولی در تابستان ۱۹۳۳ شیوع یافت و انتظار می‌رفت که سال بعد افزایش یابد. شهر نصرت آباد "دارای گودال‌های بزرگی از آب راکد است که پشه‌ها در آن زاد و ولد می‌کنند." تا آن تابستان، پشه‌ها با بادهای ۱۲۰ روزه بسیار تحت تأثیر قرار می‌گرفتند ولی به شکل غیرمعمولی این بادهای در تابستان مذکور سبک بودند.

IOR/L/PS/12/3403, Coll 28/8 'Persia; Diaries; Sistan & Kain, April 1927 – 1933', Diary of HM's Consulate Sistan and Kain for November 1931, p. 3.

²⁸³ Sykes 1910, p. 6.

نشود می‌تواند کشنده باشد”^{۲۸۴}. در ۱۹۳۳، کنسول بریتانیا در سیستان گزارش کرد که “مالاریا که تا پیش از این در زابل (سیستان) ناشناخته بود طی دو سال گذشته بومی شده است”^{۲۸۵}. پولاک نیز به این موضوع توجه نشان داد که تب چهار روزه در اصفهان و شیراز به نسبت تهران و استان‌های دریای مازندران نیز شایع تر بوده است^{۲۸۶}.



تصویر ۴- سندی مربوط به مبارزه با مالاریا در لنجان اصفهان در سال ۱۳۱۵ شمسی

²⁸⁴ DCR 4396 (Seistan and Kain 1908-09), p. 33; DCR 5539 (Seistan and Kain 1913-14), p. 6 (“موارد مالاریا به صورت عمومی از تیپ خفیف بودند”).
²⁸⁵ IOR/L/PS/12/3415, Annual Commercial Report for the Provinces of Sistan and Kain, including Zahedan and the Sarhad, for March 1932-March 1933, p. 7.
²⁸⁶ Polak 1865, vol. 2, p. 333.

مناطق متمایز

ارزیابی‌های مالاریا نشان داد که سه منطقه با میزان بومی شدن گوناگون وجود دارد: الف) منطقه شمالی، دشت کرانه ساحلی دریای مازندران و مناطق جنگلی شیب شمالی رشته کوه البرز، با ۸۰۰ تا ۱۲۰۰ میلی متر بارش سالانه، ۷۰ تا ۱۰۰ درصد رطوبت نسبی و میانگین درجه حرارت ۱۰ تا ۳۵ درجه سانتی‌گراد. این منطقه یک فصل ۳ تا ۴ ماهه انتقال مالاریا داشت و میزان بومی بودن این بیماری در حدّ میانه و بالا بود. ناقل مالاریا *A. aclipennis* و گونه‌های شایع پلاسمودیوم، پلاسمودیوم وایواکس بودند.

ب) منطقه فلات مرکزی با نواحی کوهستانی در شمال غرب و بخش‌های غربی با آب و هوای معتدل، بارش سالانه ۲۵۰ تا ۴۰۰ میلی متر، رطوبت نسبی ۲۵ تا ۴۰ درصد و درجه حرارت از چندین درجه زیر صفر تا حداکثر ۳۵ درجه سانتی‌گراد. فصل انتقال مالاریا از ۲ تا ۳ ماه (مناطق کوهستانی) تا ۳ تا ۴ ماه بود و میزان بومی بودن بیماری، به ترتیب از کم تا متوسط و شدید بود. ناقلین مالاریا *A. maculipennis* *A. superpictus* *A. sacharovi* بودند و پلاسمودیوم‌های شایع نیز پلاسمودیوم وایواکس، پلاسمودیوم فالسی پارم بودند، پلاسمودیوم مالاریا نیز یافت می‌گردید.

ج) منطقه جنوبی واقع در شیب جنوبی رشته کوه زاگرس و دشت‌های کرانه ساحلی خلیج فارس و دریای عمان با درجه حرارت ۱۵ تا ۵۰ درجه سانتی‌گراد، رطوبت نسبی ۴۰ تا ۸۰ درصد و بارش سالانه ۵۰ تا ۴۰۰ میلی متری. فصول انتقال ۵ تا ۶ ماه (مناطق کوهستانی) و ۸ تا ۹ ماه (مناطق کرانه‌ای) بود و میزان اندمیک بودن بیماری در حد متوسط تا شدید محسوب می‌گردید. ناقلین مالاریا شامل *A. culicifacies* *A. stephensi* *A. d'thali* *A. superpictus* *A. fluviatilis* بودند. پلاسمودیوم‌های شایع

شامل پلاسمودیوم فالسی پارم و پلاسمودیوم ویواکس بود و در موارد اندکی نیز پلاسمودیوم مالاریا مشاهده می شد^{۲۸۷}.

جدول ۲-۳: میزان بزرگی طحال، نرخ انگل و فرمول انگل در پیمایش های مالاریا که در برخی مناطق مالاریا خیز ایران، در پیش از اعمال هر گونه مبارزه علیه مالاریا، در طی سال های ۱۹۲۱-۱۹۴۹ انجام شدند.

منطقه	ناحیه	سال	نرخ بزرگی طحال	نرخ انگل	% Pf	% Pv	% Pm
	رشت	۱۹۲۱	۵۲	۱۹	۴۴	۴۲	۶
	انزلی	۱۹۲۱	۵۳	۱۹/۵	۶۹	۲۲	۴
شمال	تنکابن	۱۹۳۵	۶۴	۲۱	۷۰	۱۳	۱۵
	چالوس	۱۹۴۹	۸۹	۳۱	۷۶	۲۴	۰
	گرگان	۱۹۳۵	۳۱	۷	۱۰	۶۴	۲۶
جنوب	بوشهر	۱۹۳۶	۳۵	۱۸	۶۵	۲۷	۸
	ورامین	۱۹۴۰	۶۱	۳۶	۱۰۰	۰	۰
مرکزی	اراک	۱۹۳۴	۳۰	۱۶	۴۴	۳۱	۱۹
	شرق	-	-	-	-	-	-
جنوب غربی	بهبهان	۱۹۳۴	۶۵	۳۰	۸۰	۹	۱۱
	خرمشهر	۱۹۳۶	۴۳	۱۶	۵۴	۴۰	۶

Edrissian 2006.

ناقلین

در دهه ۱۹۳۰، مارش (Marsh) با کار در جنوب کشور، نخست *A. apoci* را توصیف کرد ولی دوو (Dow) در سال ۱۹۵۳-۱۹۵۲، تعداد یازده گونه آنوفل را معرفی نمود^{۲۸۸}. در

²⁸⁷ Edrissian 2006.

²⁸⁸ Marsh 1933; Dow 1953.

دهه ۱۹۴۰، زولوتارف (Zolotarev)، حشره‌شناس روس روی *A. maculipennis* در شمال ایران کار کرد. ماکان (Macan)، حشره‌شناس بریتانیایی در عراق و ایران کار می‌کرد، فهرستی از پشه‌های ناقل مالاریا در ایران فراهم کرد. او ۱۹ گونه آنوفل را شناسایی نمود و دریافت که "حاملین مالاریا در مناطق دشت‌های رسوبی *A. stephensi* بود، در کوهپایه‌ها و مناطق شیب گاهی *A. superpictus* مشاهده می‌شد، در منطقه فلات ایران *A. maculipennis* و در کوهپایه‌ها، شیب‌گاه‌ها و مناطق فلات ایران *A. superpictus* (دیده می‌شد)". این گونه‌ها گرچه به صورت محلی شایع بودند ولی به نظر می‌آمد که اهمیتی در انتقال مالاریا نداشته اند:

A. d'thali، *A. algeriensis*، *A. marterig*، *A. daviger*، *A. fluviatilis* و اما *A. muthicobr*، *A. arabiq* و *A. sogdianus*، *A. turkhudi*، *A. culicifacies* فقط در مکان‌های اندکی و در تعداد کمی مشاهده می‌شدند^{۲۸۹}.

در ۱۹۵۳، پاولوسکی (Pavolovsky)، هفت گونه از آنوفل‌ها را در شمال ایران پیدا کرد^{۲۹۰}. اخیراً یک فهرست از ۲۴ گونه و یک گونه جدید، *Anopheles pedstaeniatus* گزارش گردید. از ۲۵ گونه آنوفل شناسایی شده در ایران، ۸ گونه به عنوان ناقلین مالاریا محسوب می‌شوند: *A. maculipennis*، *A. sacharovi*، *A. superpictus*، *A. fluviatilis*، *A. stephensi*، *A. culicifacies*، *A. d'thali* و اخیراً *A. pulcherimus*^{۲۹۱}.

نمایه کشوری WHO برای بار محیطی بیماری در ایران در سال ۲۰۰۹، نشان می‌دهد که ناقلین عمده مالاریا در ایران *A. sacharovi*، *A. culicifacies* و *A. pulcherimus* هستند. ناقلین عمده دیگر شامل *Phlebotomus papatasi*

²⁸⁹ Macan 1950.

²⁹⁰ Sedaqat 1392.

²⁹¹ Edrissian 2006.

وایواکس است در حالی که پلاسمودیوم فالسی پالم و پلاسمودیوم مالاریا توسط پلاسمودیوم *P. cavcasicus* و *P. ansarii* می‌باشند. در ایران، اکثر موارد مالاریا توسط پلاسمودیوم وایواکس است در حالی که پلاسمودیوم فالسی پالم و پلاسمودیوم مالاریا نقش کمتری را بازی می‌کنند^{۲۹۲}.

برنامه ضد مالاریا

شرکت نفت ایران - انگلیس اولین سازمانی بود که یک برنامه ضد مالاریای اختصاصی در ایران شروع کرد که البته به منطقه تحت امتیاز این شرکت محدود می‌شد. دولت ایران از سازمان بهداشت جهانی درخواست یاری نمود تا مسأله مالاریای خود را ارزیابی کند. این کار به گزارش سال ۱۹۲۴ گیلومور، منتهی شد. در ۱۹۳۴، ژنرال کولویئر (Couloyner)، سرپرست دفتر سلامت در ایران، عمیدی زاده را به عنوان رئیس واحد مالاریا در انستیتو پاستور برگزید. انستیتو پاستور، اولین سازمان محلی مطالعه مالاریا در ایران بود^{۲۹۳}. در سال ۱۹۳۵، عمیدی زاده، مالاریا را در استان‌های دریای مازندران و در غرب ایران مطالعه کرد یعنی کاری که دو دانشمند روس در سال ۱۹۲۳ انجام دادند.

در آن زمان، با درخواست دولت ایران، ایالات متحده آمریکا، و ترسبی (Lt. Wethersby) را که متخصص مالاریا بود وادار کرد به پیمایش مالاریا در پالشت دشت ورامین بپردازد. او دریافت رخداد مالاریا به شکل عظیمی بالا بود، بدبختانه، داده‌های او در یک سانحه هوایی از دست رفت. در ۱۹۴۴، یکصد و یازدهمین واحد کنترل مالاریای ارتش آمریکا، اقدامات کنترل لارو را نزدیک کمپ جاده‌ای خرم آباد انجام داد و ۲۸ پزشک و پرسنل فنی را از وزارت بهداشت و پرسنل نظامی ایران را برای دو هفته آموزش داد. در ۱۹۴۵، در خرم آباد، اصفهان و شیراز، اقدامات کنترل لارو با به کارگیری کارکنان تربیت شده

²⁹² WHO World Malaria Report 2014.

²⁹³ Edrissian 2006.

در ۱۹۴۴ انجام گردید.

در اصفهان، مشایخی، اقدامات کنترلی را در میان ۱۵۰۰ کارگر هدایت نمود و در شیراز کارکنان تربیت شده در ۱۹۴۴، به پرسنل نظامی آموزش دادند و با همکاری کارکنان وزارت بهداشت، کنترل تعدادی از منابع را بنیان گذاشتند. صاحبان ملک، بودجه‌هایی را برای پانصد هزار قرص آتابرین Atabrine جهت پخش رایگان در روستاهای خود مهیا کردند (آتابرین یک داروی ضد مالاریا و یا ضد کرم بود که عوارض چشمگیری داشت).

در ۱۹۴۶، در خرمشهر، اصفهان، شیراز، سنندج، کرمانشاه و بوشهر، اقدامات کنترلی ادامه یافت. در کرمانشاه، شرکت نفت ایران - انگلیس در کنترل لارو در منطقه بزرگ نزدیک به پالایشگاه جدید، مساعدت نمود. در سنندج، ارتش ایران، پرسنل را برای فعالیت‌های ضد مالاریایی آموزش داد. میان سال‌های ۱۹۴۵ تا ۱۹۴۷، دکتر عطا الله، متصدی امور پزشکی در منطقه تحت حاکمیت بوشهر، توانست به شکل عملی مالاریا را از شبه جزیره بوشهر و شهر برازجان حذف نماید.

تنها منطقه زاد و ولد که به نظمی رسید، مخازن انباشت آب بودند که آب آشامیدنی و شستشوی شهر از آن‌ها به دست می‌آمد که البته آن‌ها را با نفت سفید کروزن هر هفته تیمار کردند. در ۱۹۴۷، فعالیت‌های ضد مالاریا در خرم آباد، اصفهان، شیراز، سنندج، کرمانشاه، بوشهر، خرمشهر، اهواز، منطقه پالشت و پارچین انجام شدند. فعالیت‌های کنترل منابع در مناطق فهرست شده ۱۹۴۶، ادامه یافت. به دلیل سیل، همه‌گیری ناچیزی در اهواز صورت گرفت و یک همه‌گیری شدید در منطقه خرمشهر - آبادان روی داد.

اقدامات کنترلی در شکل ابتدایی نفت پاشی بر روی آب‌های راکد و درمان بیماران را شامل می‌شد. پس از پس فروکش کردن سیل، نهرهای آبیاری در شیارهای نخلستان‌ها نیز نفت پاشی می‌شدند. بنیاد خاور نزدیک (Near East Foundation)، با

وزارت بهداشت، کنترل لاروها را در پالشت (دشت ورامین) آغاز کردند و ۲۶ روستا را با DDT با موفقیت سم پاشی نمودند. پارچین، یک پروژه کنترل لارو داشت که مرداب‌ها و رودخانه‌ها را هدف قرار می‌داد. در سال ۱۹۴۸، فعالیت‌ها در همان مناطق ۱۹۴۷ ادامه یافت. بنیاد خاور نزدیک، با کمک مالکین، سم پاشی ابقایی DDT را گسترش دادند و امید داشتند که مناطق تیمار شده را دو برابر کنند.^{۲۹۴}

در ۱۹۴۸، دولت ایران از امریکا درخواست نمود تا در طراحی و ایجاد پیکار ضد مالاریایی کمک نماید. آندروز (Andrews) دانشمند ارشد CDC و هال (Hall) که مهندس بهسازی CDC بود، جهت مطالعه شرایط محلی آمدند. به عنوان بخشی از گردآوری داده‌ها، آندروز یک ارزیابی محیطی به انجام رساند که طی آن طحال ۲۵ پسر در بابلسر معاینه شدند. او پی برد که طحال نیمی از آن‌ها بزرگ است، هر چند که اندازه آن چندان بزرگ نبود. اما در پالشت که طحال‌های بیشتری لمس کرد، هیچ طحال بزرگی ندید، یعنی جایی که بنیاد خاور نزدیک، فعالیت‌های بهسازی انجام داده بود.

در دهکده‌های غیربهسازی شده نزدیک، بچه‌ها طحال‌های بزرگ داشتند. در زرقان (نزدیک شیراز)، تمام بچه‌ها طحال‌های بزرگ بیش از اندازه داشتند. او دریافت تعداد کمی آزمایشگاه در ایران وجود داشته که به صورت رایج، گسترش‌های خونی را بررسی می‌کردند و از این رو، موارد گزارش شده فقط بر اساس معاینه بالینی بود. در دهه ۱۹۴۰، حدود ۵۰۰ هزار مورد مالاریا در سال گزارش شد، گرچه بعضی از آن‌ها، مالاریا نبودند.^{۲۹۵} اما بر اساس منابع دیگر ایرانی، ۸۰ درصد از ایرانیان هنوز از مالاریا رنج می‌بردند و ۱۰ تا ۱۵ درصد از بچه‌ها به دلیل این بیماری، فوت می‌کردند.^{۲۹۶}

بنت آوری (Bennett Avery)، مشاور وزارت بهداشت در سال ۱۹۴۸، تخمین زد

²⁹⁴ Andrews 1950, pp. 7-8; Floor 2016, p. 113.

²⁹⁵ Andrews 1950, p. 4.

²⁹⁶ Echo of Iran 1963, p. 379.

که ۴۰ درصد از روستاییان در شرایط شدید شکل بومی مالاریا زندگی می‌کردند و ۲۰ درصد نیز در شرایط شیوع ملایم و مقطعی بودند.^{۲۹۷}

برنامه‌های این‌گونه چیدمان شد: الف/ تربیت سرکارگران گروه پاشنده DDT؛ ب/ تربیت ناظر فنی محیط. ج/ انجام برنامه سم پاشی ابقایی در مسیر واقعی خود. د/ تضمین مساعدت دیگر نمایندگان در برنامه کنترل مالاریا در سطح ملی. او ۳۱ شهروند و ۱۰ افسر نظامی ایران را تربیت کرد. حال برنامه عملیاتی و آموزشی را فراهم کرد و مسائل عملی مورد مواجهه در آموزش و مسائلی که در به کارگیری این مهارت‌های جدید در برنامه سم پاشی ابقایی جاری، به دلیل فقدان مدیریت در هماهنگی و حمل و نقل، وجود داشتند را مورد بررسی قرار داد. در آن زمان، فعالیت‌های ضد مالاریا در بندرعباس، شیراز و دره شهریار در جریان بود، در چالوس سم پاشی کامل شده بود.^{۲۹۸}

هم زمان در سال ۱۹۴۹، یک دوره چهار ماهه مبارزه با مالاریا با حمایت واحد سلامت سازمان برنامه و بودجه ایران انجام شد و ۱۵ پزشک و ۱۰۰ پرسنل فنی برای سم پاشی و دیگر عملیات میدانی کنترل مالاریا آموزش داده شدند.^{۲۹۹} با درخواست، آندروز، طراحی مرحله‌ای برنامه کنترل مالاریا در سطح ملی، همگام با برنامه هفت ساله، انجام داد که شامل آشکارسازی، تربیت و نگاشت برنامه سلامت برای افراد غیرحرفه‌ای، تهیه زیرساخت مدیریتی - اجرایی و راهبرد (راه کارها، شیوه‌ها و اهداف) بود که برای دستیابی به آن در فاز اول (۵۲-۱۹۴۹)، ۴/۴ میلیون ایرانی که در محیط مالاریایی بالا زندگی می‌کردند را هدف قرار می‌داد.^{۳۰۰} در نتیجه، در سال ۱۹۵۱، بخش همکاری‌های سازمان بهداشت، بنیاد نهاده شد که در خدمت مبارزه بر ضد مالاریا طراحی شده در بالا قرار گرفت. در سال ۱۹۵۶، این بخش با MEP (نگاه کنید به ادامه

²⁹⁷ Andrews 1950, p. 5.

²⁹⁸ Hall 1950, pp. 25-26.

²⁹⁹ Edressian 2006.

³⁰⁰ Andrews 1950.

این فصل) جایگزین شد.

طی اولین سال عملیات، دفتر ۵۵ میلیون ریال در استان‌های ساحلی دریای مازندران، بندرعباس و بوشهر جهت ریشه‌کنی مالاریا هزینه کرد^{۳۰۱}. در سال ۱۹۵۲، انستیتو مالاریا شناسی در دانشگاه تهران تأسیس شد تا به همهٔ زوایای مالاریا پرداخته شود؛ شامل برنامه‌های پژوهشی، تربیتی و آموزشی. رئیس آن ناصر انصاری، استاد انگل شناسی بود. از سال ۱۹۵۲ تا ۱۹۵۶ در ۴۴ دورهٔ تربیتی، ۱۱۴۲ نفر در انستیتو به عنوان مالاریا شناس، اپیدمیولوژیست، حشره‌شناس، میکروسکوپیست و عوامل میدانی مالاریا و کنترل حشره‌شناسی تربیت شدند. طی سال‌های ۵۵-۱۹۵۲ در ارزیابی‌های مالاریا توسط انستیتو مالاریا شناسی در بعضی از مناطق بومی مالاریا در ایران انجام شد و ۳۱۲۷۲۵ فرد از ۵۷۲۰ روستا مورد معاینه قرار گرفتند و ۲۷۸۴۴۰ نمونه خون نیز گرفته شد.

در بررسی‌های میکروسکوپی، ۲۴۱۷ مورد (۰/۷۸ درصد) مثبت بودند، ۳۸ درصد پلاسمودیوم فالسی پارم، ۴۹ درصد پلاسمودیوم واپواکس، ۱۲/۵ درصد پلاسمودیوم مالاریا و ۰/۵ درصد نیز مخلوط بودند. از سال ۱۹۵۳ تا ۱۹۵۶، سازمان همکاری بهداشت در تهران بنیان یافت و واحدهای ضد مالاریا در دیگر استان‌ها توسعه یافتند. در طی این مرحله، حدود ۴۱۰ هزار روستا با ۱۲/۴ میلیون نفر با DDT سم‌پاشی شدند^{۳۰۲}. در سال ۱۹۵۶، یک توافق‌نامه برای برنامهٔ ریشه‌کنی مالاریا (MEP - برنامهٔ ریشه‌کنی مالاریا) بین دولت ایران، WHO و یونیسف تصویب شد و فعالیت‌های آماده‌سازی برای آغاز MEP انجام شد. در همان سال، انستیتو مالاریا شناسی به انستیتو مالاریا شناسی و انگل شناسی تغییر نام داد و در سال ۱۹۶۵، وظیفهٔ کاری آن گسترش یافت و به انستیتو انگل شناسی پزشکی و بهداشت گرمسیری

³⁰¹ Azizi and Bahadori 2014, p. 407.

³⁰² Edrissian 2006.

باز نام گذاری شد. در سال ۱۹۵۸، یونیسف، WHO و اصل چهار (Point Four)، پیکار ضد مالاریا را در شمال ایران با جمعیت ۱۷ میلیونی آغاز کردند و عملیات سم پاشی DDT با اقدامات ضد مالاریایی دیگر مانند لاروکشی، پیشگیری دارویی و درمان دارویی را برای برقراری کنترل منبع و ریشه کنی بیماری به سرانجام رساندند.

قابل توجه است که آشکارا، پشه بند در قالب برنامه MEP نبود. در نتیجه کوشش‌ها، در سال ۱۹۶۳، مالاریا تقریباً به صورت کامل در شمال کشور ریشه کن شد. در جنوب ایران، تلاش‌ها برای نابودی انتقال مالاریا به دلیل بعضی از مسائل عملیاتی و فنی موفقیت‌آمیز نبود (مانند مهاجرت فصلی قبایل، سطح پایین اقتصادی - اجتماعی و وضعیت آموزشی بعضی از مناطق، چندگانگی در گونه‌های ناقل آنوفلی و پدید آمدن مقاومت ناقل اصلی *A. stephensi* به DDT در سال ۱۹۵۷، سپس به دیلدترین در سال ۱۹۵۹ و مالاتیون در سال ۱۹۷۷ و همچنین مقاومت دیگر ناقلین: *A. sacharovi* و *A. culicifacies* و *A. d'thali* به DDT و رفتار آن‌ها. بنابراین، پیکار به شکل موقتی تعلیق شد^{۳۰۳}.

برنامه، سم پاشی بین سال‌های ۶۵-۱۹۶۴ در اندرونی خانه‌ها در ۴۳۸۹۶ روستا با جمعیت ۸۷۸۴۱۴ نفر انجام شده بود. در ۷۰۲ روستا (با جمعیت ۲۹۸۴۶۷ نفر) که مقاومت به DDT دیده شد، شیوه‌های دیگری به کار رفت که در بالا اشاره شدند^{۳۰۴}. تلاش‌های ادامه دار برای ریشه کنی بیماری، نشانگر افت در موارد گزارش شده سالیانه افراد آلوده گردید. طی سال‌های ۱۹۷۱-۱۹۶۸ در بخش‌های جنوبی کشور، با جمعیت هدف چهار میلیونی، پیکار ضد مالاریایی با سم پاشی محدود، بیماری‌یابی و درمان دارویی انجام یافت. مالاتیون در مناطقی که *A. stephensi* به DDT و دیلدترین مقاوم شده

³⁰³ Echo of Iran 1963, p. 379; US Army 1963, p. 146; Edrissian 2006; Good 1981, p. 74; Sedaqat 1392; Azizi and Bahadori 2014, p. 408.

³⁰⁴ Azizi and Bahadori 2014, p. 408.

بود، به کار گرفته شد. لاروکشی با به کارگیری مواد شیمیایی (نفت پاشی یا Abate) و بیولوژیک (ماهی گامبوزیا) انجام یافت. بیماران با مالاریای مثبت با کلروکوئین و پریماکوئین درمان شدند. در مناطقی که تعداد موارد مثبت مالاریا بالا بود، درمان دارویی انبوه در جمعیت، به کار گرفته شد.

این عملیات موجب کاهش ۳۰ تا ۹۰ درصد در میزان انگل شد؛ اما در مناطق دیگر که افزون بر *A. stephensi* دیگر ناقلین مالاریا نیز وجود داشتند، کاهش میزان انگل، رضایت بخش نبود. در سال ۱۹۷۳، نتایج مبارزه با مالاریا و MEP نشان داد که ریشه کنی تقریباً کامل مالاریا در منطقه شمال رشته کوه زاگرس انجام شده است. در مناطق جنوبی رشته کوه زاگرس، کاهش چشمگیری در موارد مالاریای گزارش شده سالیانه، وجود داشت؛ به گونه‌ای که موارد مالاریای سالیانه کلی در ایران از ۳۹ هزار در سال ۱۳۴۲ به ۱۲ هزار در سال ۱۳۵۲/۱۹۷۳، افت پیدا کرد^{۳۰۵}، هر چند که در همان سال، وزارت بهداشت، گزارش کرد که مواردی در آن سال وجود نداشته است (جدول ۲-۴ را بنگرید).

جدول ۲-۴: موارد گزارش شده مالاریا در سال‌های ۱۳۴۲-۵۲ (۱۹۶۳-۷۳)

سال	۱۳۴۲	۱۳۴۶	۱۳۴۷	۱۳۴۸	۱۳۴۹	۱۳۵۰	۱۳۵۱	۱۳۵۲
موارد	۳۹۰۰۰	۲۲۰۰۰	۲۷۰۰۰	۱۳۰۰۰	۷۰۰۰	۳۰۰۰	۴۰۰۰	۰

Echo of Iran 1978, p. 402.

در سال ۱۹۷۳، به دلیل موفقیت‌های آشکار، MEP در برنامه کنترل بیماری‌های واگیر (CDC)، ادغام شد. اما بدبختانه موجب افزایش موارد مالاریا گردید. زیرا طی ۱۹۷۹-۱۹۵۷، این نهاد جدید (MEP) به دلیل مسائل فنی و عملیاتی و وجود مالاریا

³⁰⁵ Edrissian 2006; Sedaqat 1392.

در بعضی از کشورهای همسایه، نمی توانست در انتقال بیمار در تمام کشور، گسست ایجاد نماید.

بنابراین، در سال ۱۹۷۷، دوباره MEP استقلال یافت؛ به گونه‌ای که می توانست بر روی عمل مرکزی خود تمرکز یابد. اهداف مبارزه با مالاریا با برجا ماندن کاهش انتقال مالاریا و کاهش میزان عفونت در کانون‌های ابقایی در بخش جنوبی ایران و برقراری نقاط شمالی به صورت عاری از مالاریا. در سال ۱۹۸۰، MEP، تمرکز خود را از ریشه کنی مالاریا به برنامه کنترل مالاریا (MCP) با نظارت بخش مالاریای مرکز مدیریت بیماری‌های وزارت بهداشت و آموزش پزشکی، تغییر داد. بسیاری از انستیتوهای تحقیقاتی (پاستور) و سلامت عمومی (دانشگاه تهران) در MCP، در برنامه‌های مشاوره‌ای و پژوهشی، مشارکت کردند^{۳۰۶}. در سال ۱۹۸۸، کنترل مالاریا به عنوان بخشی از خدمات مراقبت سلامت پایه، درآمد؛ ولی به دلیل پاره‌ای از دلایل، تعداد موارد به ۹۰ هزار نفر در سال ۱۹۹۱ افزایش یافت. در سال ۲۰۰۰، تعداد به ۱۲۲۹۴ نفر، به دلیل برقراری اقدامات کنترلی، کاهش پیدا کرد^{۳۰۷}.

وضعیت موجود

هدف نهایی آن است که انتقال محلی مالاریا دیگر روی ندهد؛ هدفی که تقریباً به دست آمده است. در سال ۲۰۰۲، میزان رخداد سالانه مالاریا ۰/۶ در هر ۱۰۰ هزار نفر بود. در ایران رتبه بیماری مالاریا از رقم یک در سال ۱۹۵۰ به رقم ۱۸۰ در میان دیگر بیماری‌ها، تبدیل شد. از آن زمان، افت چشمگیری بیشتری در تعداد موارد مالاریا روی داد؛ به صورتی که این میزان به ۰/۲۴ در هر ۱۰۰ هزار نفر در سال ۲۰۰۷، افت پیدا کرد^{۳۰۸}. در سال ۲۰۰۲، سیستان و بلوچستان، هرمزگان، بخش گرمسیری کرمان و

³⁰⁶ Edrissian 2006; Sedaqat 1392.

³⁰⁷ WHO, World Malaria Report 2012.

³⁰⁸ Hemami et al. 2013.

بعضی از مناطق فارس به صورت مناطق بومی مالاریا پا بر جا ماندند یعنی مکان‌هایی که ۹۰ درصد از موارد مالاریا از آن‌ها گزارش می‌شد؛ ۶۰ درصد از این میزان نیز فقط مربوط به سیستان و بلوچستان بود^{۳۰۹}.

با این وجود، هم اکنون فقط دو استان مستعد به مالاریا پا بر جا مانده‌اند چرا که با افغانستان و پاکستان (با مناطق بومی پلاسمودیوم فالسی پارم آن) هم مرز می‌باشند. بر اساس گزارش WHO (نمای کشوری مالاریا در ایران) هنوز ۶۰۰ هزار نفر در جنوب شرقی ایران در خطر مالاریا، هستند. ۳۵۰ مورد مالاریا در هر ۱۰۰ هزار نفر در سال ۲۰۰۸ در سیستان و بلوچستان وجود داشته که عمده آن‌ها توسط پلاسمودیوم فالسی پارم و به مقدار کمتر پلاسمودیوم وایواکس روی می‌داده است. عمده گروه سنی که به مالاریا مبتلاء شده‌اند، گروه ۴۴-۱۵ سال، روستایی و جنس مذکر بوده‌اند.

اوج دوره عفونت از خرداد تا مهر بود. نواحی اقلیمی و گرمسیری، سرباز و نیک شهر، نیمی از موارد ابتلا را داشتند و چابهار و سرباز نیمی از موارد پلاسمودیوم فالسی پارم را به خود اختصاص می‌دادند. حدود ۲۰ درصد از موارد، افغانی و پاکستانی بودند که افزون بر الگوهای آب و هوایی، اهمیت رفت و آمد مرزی را به عنوان منبع عفونت نشان می‌دهد. برای پایان دادن به این مشکلات، ایران اولین نشست مالاریا میان مرزی را در سال ۲۰۰۳ در سیستان و بلوچستان با حضور کارکنان برنامه مالاریای ملی افغانستان و پاکستان، برگزار کرد. هدف نشست، افزایش همکاری در کنترل مالاریا بود. یکی از مسائل عمده در کنترل مالاریا، مقاومت پلاسمودیوم فالسی پارم به کلروکوئین و بعضی از داروها بود. در حال حاضر، ۹۹/۶۵ درصد از موارد انتقال مالاریا در سیستان و بلوچستان است. بنابراین، پژوهشگران عرصه پزشکی چنین نتیجه‌گیری کردند از آنجا که مالاریا در سیستان و بلوچستان به شکل مناسبی تحت کنترل قرار نگرفته

³⁰⁹ Shafiei 2008.

است، توجه بیشتری باید به سوی سه عنصر چرخه انتقال مالاریا شامل میزبان، ناقل و عامل معطوف شود. افزون بر این، شناسایی گونه‌های گوناگون پلاسمودیوم با تعیین آن‌هایی که نسبت به داروهای شایع مقاوم هستند، باید مورد توجه قرار گیرند. مراقبت بیشتر بر فرایند تشخیص بیماری، درمان و آموزش نیز به اندازه کنترل منبع، مهم هستند.^{۳۱۰}

کتابشناسی

آرشیوها

Presbyterian Historical Society, Philadelphia, USA
RG 91-19-9 (Resht Medical Reports 1918-44)

به زبان‌های اروپایی

Administration Report = *Administration Report on the Persian Gulf Political Residency for the year (1873 to 1940)* in Government of India. *The Persian Gulf Administration Reports 1873-1947*, 10 vols., Gerrards Cross, Archives Editions, 1986.

Andrews, Justin M. 1950. "Planning a malarial control program for Iran." *CDC Bulletin, Malaria Control in Iran*, July, pp. 1-24.

Baker, James E. 1886. "A few remarks on the most prevalent Diseases and the Climate of the North of Persia," appendix to Herbert, Report on the present State of Persia and her Mineral Resources, in Government of Great Britain, *Accounts & Papers* 67, pp. 323-26.

Binning, Robert B.M. 1857. *A Journal of a Two Years' Travel in Persia, Ceylon, etc.* 2 vols. London.

³¹⁰ Salehi et al. 2010; Shafiei 2008; WHO, Iran Malaria Profile. World Malaria Report 2005.

- Böhme, Adolf 1977. *Wir flogen für Iran*. Steinebach-Wörthsee: Walter Zuerl.
- Brittlebank, William 1873. *Persia during the famine: a narrative of the east and of the journey out and home*. London: Basil Montague Pickering.
- Bruce-Chwatt, L.J. 1965. "Paleogenesis and paleo-epidemiology of primate malaria," *Bull. World Health Org.* 32, pp. 363-87.
- CDC/Malaria - home page.
- Collins, Edward Treacher 1896. *In the Kingdom of the Shah*. London: T.F.Unwin.
- Connolly, Arthur 1834. *Journey to the North of India, Overland from England, Through*
- Cox, Francis E.G. 2010. "History of the discovery of the malaria parasites and their vectors," *Parasit Vectors* 3.
- Dow, R.P., 1953. "Notes on Iranian mosquitoes." *Am. J. Trop. Med.* 2, pp. 683- 695
- Echo of Iran, 1963 and 1978. *Iran Almanac*. Tehran.
- Edrissian Gh. H. 2006. "Malaria in Iran: Past and Present Situation Iranian." *Iranian Journal of Parasitology*, 1/1, pp. 1-14.
- Elgood, Cyril 1951. *A Medical History of Persia and the Eastern Caliphate. The Development of Persian and Arabic Medical Sciences from the Earliest Times until the Year A.D. 1932*. Cambridge: CUP.
- Feuquier, J.B. 1900. *Trois ans à la Cour de Perse*. Paris: F. Juven.
- Field, Henry 1939. *Contributions to the Anthropology of Iran*. Chicago.
- Floor, Willem 2004. *Public Health in Qajar Iran*. Washington DC: MAGE.
- _____, 2014. "A Neglected Aspect of the Social History of the Iranian Oil Industry: The Case of Southern Khuzestan's Early Medical Infrastructure." *Studia Iranica* 43/2, pp. 221-47.
- _____, 2016. *Bushehr: City, Society and Trade, 1797-1947*. Washington DC: MAGE.
- Fowler, G. 1841. *Three Years in Persia* 2 vols. London: Colburn.
- Gilmour, John 1924. *Rapport sur la situation sanitaire de la Perse*. Geneva, Société des Nations.
- Good, Byron J. 1981. "The transformation of health care in modern Iranian History," in Micheal E. Bonine and Nikki Keddie, *Modern Iran. The Dialectics of Continuity and Change*. Albany, pp. 59-82.

- Government of Great Britain 1945. *Geographical Handbook Series - Persia*. London.
- Greenfield, G. 1933. *Beitrag zur Frage der allgemeinen Hygiene in Persien, mit spezieller Beruecksichtigung der Malaria*. Diss. med. fakultaet, Univ. Berlin.
- Hall, Lawrence B. 1950. "Establishing a malaria demonstration control program in Iran," *CDC Bulletin, Malaria Control in Iran*, July, pp. 25-32.
- Hemami, Moshe Rezaei; Sari, Ali Akbari; Raeisi, Ahmad; Vatandoost, Hassan and Majdzadeh, Reza 2013. "Malaria Elimination in Iran, Importance and Challenges," *Int J Prev Med*. Jan; 4/1, pp. 88-94.
- Holmes, William Richard 1845. *Sketches on the Shores of the Caspian*. London.
- ILO 1950. *Labour Conditions in the Oil Industry in Iran*. Geneva.
- Ives, Edward 1773. *A Voyage from England to India in the year MDCCLIV*. London.
- Jones, W. H. S. *Malaria and Greek history*, Manchester 1909.
- Laderman, Carol 1975, "Malaria and progress: some historical and ecological considerations," *Social Science and medicine* 9, pp. 592 [587-94].
- Layard, Austen Henry 1887. *Early Adventures in Persua, Susiana, and Babylonia, including a residence among the Bakhtiyari*. 2 vols. New York.
- Lindberg, K. 1941. "Le paludisme dans l'Iran," in *Acta Medica Scandinavica*, cvii, pp. 547-78.
- Macan, T.T. 1950. *The Anopheline Mosquitoes of Iraq and North Persia*. London.
- Malcolm, John 1976. *The History of Persia*. 2 vols. Tehran.
- Marsh, F. 1933. "A new species of Anopheles (Myzomyia group) from Southwest Persia." *Stylops* 2, pp. 193-197.
- Merritt-Hawkes, O. A. 1935. *Persia, Romance & Reality*. London.
- Morton R. S. 1940. *A Doctor's Holiday in Iran*. New York.
- Motabar, M.; Tabibzadeh, I. and Manouchehri, A. V. 1975. "Malaria and its control in Iran," *Tropical and Geographical Medicine*, xxvii, 71-78.
- Neligan, A.R. 1926. "Public Health in Persia. 1914-24," *The Lancet* Part I; Part II-March 27, pp. 690-94; Part III-April 3, pp. 742-44.
- Salehi, M.; Amirmajdi, Mokhtar M.; Mashadi, Iftikharzadeh I.; Hakimi, Y.;

- Mashadi, Iftikharzadeh A. and Mirnezhad, A. 2010. Analysis of Malaria Epidemic Features in Sistan and Baluchistan Province, Southeast of Iran, 2005-2008, *Iranian Red Crescent Medical Journal*, vol. 12/3, pp. 247-53.
- Sargis, Yacob Allahverdy 1901. "Persia and Her Doctors," *Columbus Medical Journal* 25, pp. 583-88.
- Schlimmer, Joh. L. 1970 *Terminologie Médico-Pharmaceutique: Française - Persane*. Tehran: Daneshgah.
- Reza Shafiei, Abbas Mahmoodzadeh, Massoud Hajia, Aliakbar Sanati, Fatemeh Shafiei 2011, Epidemiology of malaria in Khorasan Razavi Province, northeast of Iran, within 7 years (April 2001 - March 2008), *Annals of Tropical Medicine and Public Health* 4/1, pp. 12-17.
- Shahnavaz, Shahbaz 2005 *Britain and the Opening Up of South-West Persia 1880-1914. A study in imperialism and economic dependence*. Abingdon/New York.
- Southgate, H. 1840. *A Tour Through Armenia and Mesopotamia*, 2 vols. New York: D. Appleton & Co.
- Sykes, Ella C. 1910. *Persia and its People*. New York.
- Tholozan, Joseph D. 1869. *Prophylaxie du cholera en Orient. L'hygiene et la réforme sanitaire en Perse*. Paris: Masson.
- _____, 1875. "De la genèse du choléra dans l'Inde et de son mode d'origine," *Académie de médecine* ; [Lecture faite a l'Académie de Médecine de Paris le 22 Juin 1875] Paris: G. Mason.
- US Army 1963. *Area Handbook for Iran*, Washington DC.
- WHO - home page; q.v. malaria.
- WHO 2009 Country profile of environmental burden of disease. Geneva.
- WHO 2014. World Malaria Report 2014. Geneva.

به زبان‌های فارسی

- Razi, Mohammad Zakariya, 1384/2005, "Daruha-ye mofradeh," *al-Hawi*, Persian translation by Soleyman Afsharipur, vol. 21, Tehran.
- Ibn Sina 1376, *Qanun-e Tab*. tr. by A. Sharafkandi, Tehran.
- Baladiyyeh-ye Tehran 1310. *Dovvomin Salnameh-ye Ehsa'iyeh-ye Shahr-e Tehran*. Tehran.

- Tarbiyat* [periodical] 3 vols. (Tehran, Ketabkhaneh-ye Melli, 1377/1998).
 Hamidi, Sayyed Ja'far 1380/2001. *Farhangnameh-ye Bushehr*. Tehran: Vezarat-e Ershad.
- Jorjani, Esmā'il b. Hasan 2535. *Dhakhireh-e Khvarezmshahi*. ed. Sa'idi Sirjani. Tehran.
- Ruznameh-ye Ettefaqiyyeh-ye Vaqaye`* 1373-74. 4 vols. Tehran: Ketabkhaneh- Melli.
- Sirjani, Sa'idi. 1361/1982. *Vaqaye`-ye Ettefaqiyyeh. Gozareshha-ye khafiyeh-nevisan-e englisi*. Tehran.
- Tabari, Ali b. Sahl-e Rabban 1386. *Ferdows al-Hekmat*. translated by Sayyed Abdollah Madani and Abdol-Hadi Borojerdi. Tehran: Daneshgah.
- Tavili, `Aziz 1371. *Bandar Enzeli*. 2 vols. Enzeli.
- `Alam-e Nesvan (*majalleh*) 1299-1305. Tehran.
- `Eyn al-Saltaneh, Qahraman Mirza Salur 1376. *Ruznameh-ye Khaterat*. 10 vols. eds. Mas`ud Salur and Iraj Afshar. Tehran: Asatir.
- Najmabad, Mahmud 1353. *Tarikh-e tebb dar Iran pas az Eslam*. Tehran: Daneshgah
- محمد مهدی صداقت، ابوالحسن ندیم، افسون گودرزی، کورش هلاکویی نایینی، مهدی ناطق پور، حسین لدنی، کیومرث خمیس آبادی ۱۳۹۲. پژوهش های انجام شده در زمینه ناقلین مالاریا و دوره های اختصاصی ناقلان مالاریا در طول سال های ۱۳۸۷-۱۳۱۴ در ایران، مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دوره ۱۱، شماره ۱، بهار ۱۳۹۲، ص ۹۹-۱۱۲.

فصل سوم

قرنطینه در ایران

مترجم: اسماعیل نبی پور

توجه به قرنطینه روی دیگری نیز دارد، زیرا دلیل و توجیه بر پای قرنطینه بر این پیش فرض استوار است که شما باور دارید که بیماری‌ها مسری هستند یا خیر؟ گرچه، از نقطه نظر علمی، اکنون آگاهی داریم که بسیاری از بیماری‌ها مسری هستند ولی مقولهٔ سرایت مشکلاتی برای مسلمانان در بر دارد. اگر چه تعدادی از مؤلفین دوران میانه ایران همچون رازی و مجوسی اهوازی باور داشتند که امراضی مثل طاعون، آبله مرغان و سرخک مسری هستند^{۳۱۱}. ولی برابر چندین حدیث، پیامبر اسلام (ص)، به طور روشن بیان کردند که امراضی به نام امراض مسری وجود ندارند. در توضیح بیشتر، وقتی که یک عرب بدوی پرسید چرا وقتی شتری جرب می‌گیرد شتران دیگر نیز آن را می‌گیرند؟ چنین پاسخ آمد *”زیرا مشیت الهی است، چه شد که اولین (شتر) جرب گرفت؟“*^{۳۱۲}. این طرز تفکر که بیماری از طریق سرایت منتقل نمی‌شود، پیامدهایی داشت از جمله این که در زمان مواجه شدن با همه‌گیری‌هایی هم چون طاعون چه عکس‌العملی باید انجام داد. برابر حدیثی از اسامه که رسول اکرم (ص) فرموده اند: *”طاعون مصیبتی است که بر کسانی که قبل از شما بوده‌اند نازل شده است یا بر قوم بنی اسرائیل. از این جهت در زمان وقوع آن در یک سرزمین، از آن خارج نشوید و زمانی که در سرزمینی پخش شد، به آن وارد نشوید.“*

در نتیجه، فقهای مسلمان، در قبال تصور سرایت امراض، نگاهی منفی داشتند. جایگاهی که به شکل مهمی، انتقال زیستی بیماری‌ها را از فردی به فرد دیگری انکار می‌کرد. تعدادی از فقهای مسلمان پا را فراتر گذاشته و بیان داشتند که اعتقاد به

³¹¹ Meri 2006, vol. 1, p. 235.

³¹² Bukhari, vol. 7, Bk. 71, no. 608; Ibn Majah, Bk. 1, no. 96 (انگلیسی).

سرایت بیماری‌ها از مقوله بی‌ایمانی و بی‌اعتقادی به خداوند (کفر) است. در نتیجه، این اعتقاد شکل گرفت که می‌بایستی در مکانی که طاعون چون غضب بر آن وارد می‌شود باقی بمانند و خود را در معرض خواست خداوند بگذارند: در همین زمان، آن‌ها نباید وارد مکانی شوند که طاعون در آنجا نازل شده است زیرا به عنوان یک جزای جانبی، (طاعون) کافران را به کیفر می‌رساند.

تعدادی از فقهای مسلمان نیز اعتقاد داشتند که طاعون بیماری مسری می‌باشد و انسان در اثر تماس با شخص آلوده دچار آن می‌شود. اینان برای صحه گذاشتن بر تفکر خود، متوسل به این حدیث می‌شدند که در زمان رخداد بیماری طاعون، از ورود و ترک منطقه‌ای که در آن بیماری وجود دارد باید خودداری شود. ولی در واقع، در عمل، توصیه "از جای خود تکان نخورید" را رعایت نمی‌کردند و در زمان شیوع بیماری، بی‌تردید از مناطق آلوده فرار می‌کردند.^{۳۱۳}

بر این اساس، تا میانه قرن نوزدهم میلادی، گسترده‌ترین نظریه پذیرفته شده در ایران، درباره طاعون و وبا، همان نظریه معروف بخار مسموم کننده هوای جالینوسی بود. برابر این نظریه، هوای مسموم وارد بدن می‌شود و خون را فاسد می‌کند^{۳۱۴}. در نتیجه، وبا معمولاً به صورت "فسادی که در ماده هوا روی می‌دهد" همچنین به عنوان "عنصری ناسالم در هوا که در نتیجه آن بیماری در میان مردم شایع می‌گردد" تعریف می‌شد؛ در نتیجه توصیه‌ها در رابطه با «سلامت همگانی» در حول مشکل هوای «فساد یافته» تمرکز می‌شدند. به مردم سفارش می‌شد که قبل از انتخاب محل سکونت، به کیفیت هوای آن توجه داشته باشند. همچنین از زندگی کردن نزدیک صنایعی همانند کوره‌های سنگ آهک، کوره پزخانه‌ها، دباغ‌خانه‌ها و کارگاه‌های ذوب فلزات که هوا را فاسد می‌سازند، دوری

³¹³ Muslim, vol. 4, Bk. 56, no. 679; Meri 2006, vol. 1, p. 235.

برای بحث عمیق و موشکافانه پیرامون این که چگونه متفکرین اسلامی به موضوع مسری بودن می‌پرداختند، بنگرید Conrad 1982 و Stearns 2011.

³¹⁴ Hippocrates, Epidemics I and III; Galen, *De differentiis februm*.

جویند و از زندگی کردن در شهرهایی که دارای ساختمان‌های بلند و کوچه پس کوچه‌های باریک هستند و مانع از خروج بخارهای مسموم به بیرون می‌شوند، دوری کنند.

اعتقاد عمومی بر این بود که در زمان شیوع طاعون، استفاده از بخورها و ادویه‌ها، کیفیت هوا را بالا می‌برد و امنیت محیط زندگی را در برابر عفونت‌ها تأمین می‌کند^{۳۱۵}.

برای نمونه، حمدالله مستوفی درباره شهر ری نوشت: "هوايش متعفن، آيش ناگوارا و وبا در آن بسیار بود"^{۳۱۶}. در زمان ایلخانیان، حنا (احتمالاً برگ و پوست و روغن آن) در مقابله علیه بیماری طاعون مورد استفاده قرار می‌گرفت^{۳۱۷}. بنا به اعتقاد نظریه هوای آلوده و مسموم و بد بو، ایرانیان، تعداد زیادی درخت چنار می‌کاشتند به دلیل "داشتن حسن طبیعی آن بر علیه طاعون و دیگر عفونت‌های هوا"^{۳۱۸}.

در اواخر قرن شانزدهم، نطنزی نوشت، "لازمه مرض طاعون آب و خاک است"^{۳۱۹}. فتحعلی شاه به اوزلی (Ouseley) گفت که بوی پر کبگ دری "زمانی که سوزانده شود جلوگیری بی‌چون و چرای طاعون است"^{۳۲۰}. در سال ۱۹۰۶، کنسول بریتانیا در نصرت آباد، در حالی که مشغول اسب سواری بود متوجه شد که گلوله‌هایی سفیرکشان از بالای سرش عبور می‌کنند. او فهمید که "علت این تیراندازی، برای فراری دادن دیو طاعون بود" که به دستور امیر سیستان انجام می‌شد^{۳۲۱}.

مسری بودن یا نبودن

پیش از قرن نوزدهم، به طور مسلم، نظریه بخار مسموم کننده در اروپای مسیحی نیز چیرگی داشت. اما در هر حال، بسیاری از دولت‌ها به کارگیری قرنطینه را به پیروی

³¹⁵ Conrad 1982, pp. 274-76; Elgood 1951, p. 127.

³¹⁶ Mostowfi 1389, p. 53.

³¹⁷ Von Hammer 1842-43, vol. 1, p. 94.

³¹⁸ Chardin 1927, p. 140; De Freygang 1823, p. 325; Najmabadi 1353, p. 477.

³¹⁹ Natanzi 1350, p. 532.

³²⁰ Ouseley 1823, vol. 3, pp. 340.

³²¹ Benn 1909, pp. 118-19.

از رهنمودهای کتاب مقدس انجام می‌دادند: "به مردم اسرائیل بگوئید، هر فردی که مبتلا به جذام است یا ترشحات زخمی دارد و هر کسی که از طریق تماس با مرده ناپاک شده است را در خارج اقامتگاه نگه دارید. شما باید چه مرد و چه زن را بیرون اقامتگاه نگه دارید، به گونه‌ای که اقامتگاه را آلوده نسازند و در میانه آن من ساکن هستم" ۳۲۲.

مفهوم *Contagium animatum*، نخست در قرن شانزدهم توسط پاراسلوس (Paracelus) و فراکاستوریوس (Faracastorius) توضیح داده شد و از قرن هفدهم در نظریه پزشکی بر پایه کرم‌های ذره‌بینی هوپتمن (Hauptman) و پدر کِرچر (Kircher) و خیلی از افراد دیگر، شناخته تر شد. ولی قبل از این که نظریه مسری بودن و سرایت توسط ویروس‌های عفونی، که میکروارگانیزم‌ها در آن موجب امراض عفونی می‌شوند، به شکل معیار در پزشکی به طور وسیع مورد قبول واقع شود، در اوایل قرن نوزدهم، تقریباً محکوم به شکست شد. در همان زمان، مسأله مسری بودن به وسیله دانشمندانی مهم همچون واندرلیچ (Wunderlich) که آن را «بقایای یک اندیشه بچه‌گانه»، می‌دانست، رد شد. حتی اوزانان (Ozanan) نوشت: "ما نباید وقت خود را برای رد این گونه نظریه‌های چرند صرف کنیم".

این رد و انکار ناگهانی ممکن است ناشی از این باشد که در فاصله بین فراکاستوریوس و پاستور هیچ‌گونه بینش و ایده جدید پزشکی رشد نکرده بود. افزون بر این، با این که این نظریه به طور وسیع پذیرش شد ولی به طور دقیق مورد نقادی قرار نگرفت. همچنین در نیمه اول قرن نوزدهم، زمانی بود که تفکر علمی انتقادانه و پژوهش فزونی گرفت. ولی در همان زمان، نظریه سرایت، حرف قابل توجه‌ای برای گفتن نداشت.

³²² Numbers 5:1-3;

نیز بنگرید Leviticus 13:4-6 (او همچنین ناپاک خواهد ماند تا زمانی که بیمار باشد. او ناپاک است. او می‌باید تنها زندگی کند. سکونتگاه او می‌باید در خارج از اردوگاه باشد.)

در همین زمینه، چنانچه قرنطینه انجام می‌شد، تأثیر آن نامشخص و سؤال برانگیز بود. بنابراین، تعدادی از دانشمندان طرح کردند مقوله سرایت به خودی خود غیرمحمول است. بنابراین، ایجاد قرنطینه از نقطه نظر تجاری معنای زیان آوری داشت و این نیز می‌توانست دلیل دیگری برای دور شدن از قرنطینه باشد. جایگزین دیگر برای نظریه سرایت، نظریهٔ افراد ضد نظریه سرایت بود که از پیش به نظریهٔ «مسمومیت هوا» اعتقاد داشتند؛ پیروان این نظریهٔ علت بیماری‌ها را هوای مسموم و آلوده می‌دانستند که دلیل آن فساد مواد حیوانی و گیاهی بود.

البته، این گفتار به این معنی نبود که معتقدان به هوای آلوده موجودیت بیماری‌های مسری را رد می‌کردند چرا که هر دو گروه در مورد سرایت آبله مرغان، سرخجه و بیماری‌های مقاربتی، توافق بسیار داشتند. با این وجود، به صورت عمده، ایجاد قرنطینه، علیه بیماری طاعون، وبا و تب زرد دستور داده می‌شد. بنابراین، بحث و گفتگو در مورد سرایت و ایجاد قرنطینه حول این سه بیماری می‌گشت زیرا ویژگی‌های بالینی و همه‌گیری‌های واقعی و خیالی این بیماری‌ها با بیماری‌های دیگر تفاوت داشتند. در نتیجه بین سال‌های ۱۸۲۵ و ۱۸۵۰، تعداد زیادی از کشورهای اروپای غربی، مقررات قرنطینه‌ای خود را تغییر دادند و قوانین خود را ملایم‌تر کردند. گرچه طاعون و وبا، به طور مرتب بر اروپا اثر می‌گذاشت. اما پزشکان غربی که بیماری را از شرق (جاهایی که منشأ این بیماری بودند) گزارش می‌کردند، این بیماری‌ها را مسری به حساب نمی‌آوردند.

افزون بر این، گروه‌های اعزامی پزشکی که از جانب دولت‌های اروپایی به شرق فرستاده می‌شدند، داوری آن‌ها را در مورد این بیماری‌ها، تأیید می‌کردند. همه آن‌ها به این نتیجه رسیده بودند که بیماری ناشی از شرایط «کثیف و مرطوب» است و هیئت‌های بین‌المللی سلامت نتیجه‌گیری آن‌ها را قبول نموده و از آن دفاع کردند. برداشتن کثافات اثر مثبتی بر روی سلامت داشت و به بحث و جدال افرادی که علیه

نظریه سرایت بیماری‌ها بودند، قوت می‌داد. هر چند که مسلماً هر دو جانب درست می‌گفتند اما عملیات و اقدامات بهداشتی پیشنهاد شده از سوی طرفداران ضد مسری بودن بیماری‌ها مورد حمایت حلقه‌های تجاری قرار نگرفتند.

به هر حال، تا سال‌های ۱۸۵۰، در حالی که دولت‌ها به طور قاطع مخالف نظریه معتقد به سرایت باقی ماندند ولی حرفه پزشکی پس از کارهای اسنو (Snow) و بود (Budd)، به شکل فزاینده‌ای، به نظریه سرایت متمایل شد. این تغییر جهت، به آهستگی صورت گرفت و در آن میان عده‌ای هم بودند که هنوز مقاومت می‌کردند و البته عموماً گروهی اقلیت فریب کار بودند. پزشکی بریتانیایی، به نام جروج واترز (George Waters) که در اوایل سال‌های ۱۸۷۰، در ایران کار می‌کرد. درباره طاعون در بین‌النهرین، مشغول به تحقیق و مطالعه بود، نوشت: "بیماری ناشی از تنفس بخارات هوایی است که مملو از سم مرداب یا مواد مالاریایی بسیار تلغیظ شده می‌باشد"^{۳۲۳}.

او در دنباله آراء خود گفت که این بخارات "در فراتر از محدوده‌هایی که مالاریا خلق می‌شود" مسری نیستند. مسلماً باز هم در این مورد پافشاری و استقامت می‌شد. به هر حال، کشفیات کُخ (Koch)، به طور کامل، اعتقاد ضد سرایت را ساقط کرد و این نظریه همه اعتبارش را از دست داد. اما به دلیل این که طاعون به طور مقطعی در اروپا تجربه می‌شد، شناخت آن به عنوان یک بیماری مسری، بیشتر از آنجا ناشی شد که نظریه سرایت درباره بیماری‌های وبا و تب زرد، پیروزی یافت.

وارد منطقه آلوده نشوید

در قرن نوزدهم، دولت و حرفه پزشکی ایران هنوز به نظریه بخارهای مسموم (به عنوان علت بسیاری از بیماری‌های همه‌گیر) اعتقاد داشتند و نتیجه این دیدگاه،

³²³ Anonymous 1879, vol. 4, p. 219, n. 1; Bryden 1869, p. 77, 84, 87-88, 143; Baker 1886, p. 324.

هیچ‌گونه شبکه قرنطینه‌ای در کشور به وجود نیامد^{۳۲۴}. این آن معنای را داشت که مردم در زمان غضب یک بیماری همه‌گیر، می‌بایست می‌ماندند و نمی‌باید به شهر یا منطقه‌ای که بیماری هم اکنون در آن بود، وارد شوند. در سال ۱۸۲۱، هنگام شیوع بیماری وبا در بوشهر، حاکم فارس به هیچ‌کس اجازه نداد که از بندر خارج و یا به آن وارد شود^{۳۲۵}. از جانب دیگر، برای نمونه، هنگامی که تبریز در سال ۱۸۳۱ دچار غضب بیماری طاعون شد، کسی حق ورود به شهر خوی را نداشت^{۳۲۶}.

بر این اساس، در دهه اول قرن بیستم، آیت‌الله عبدالحسین لاری اظهار داشت که ایجاد شبکه قرنطینه و پرداخت پول جهت صدور گذرنامه (تذکره) بدعت و بنابراین حرام شرعی است^{۳۲۷}. با وصف بر این، شکل‌هایی از قرنطینه به وسیله خود حاکمان به وجود آمد. برای نمونه، در سال ۱۸۵۱، زمانی که وبا همه‌گیر شد، امیرکبیر، صدراعظم وقت، قرنطینه‌ای در مرز ایران و عراق به وجود آورد^{۳۲۸}. در نوامبر ۱۸۵۶، به دلیل وقوع بیماری وبا در کرمانشاه دولت تلاش کرد سفر زوار از آنجا به سوی عراق را متوقف سازد. در عراق، مأمورین عثمانی مقررات قرنطینه را از سال ۱۸۵۴، اعمال کرده بودند. زواری که از سوی عراق راهی ایران بودند به مدت ۱۰ روز در قرنطینه نگهداری شدند و پس از عبور، در آن طرف مرز نیز از سوی مسئولین ایرانی بین ۱۰ تا ۲۰ روز دیگر

³²⁴ Tancoigne 1820, p. 244.

با این وجود، خدمه هیئت مأموریتی بریتانیایی که از تفلیس می‌آمدند مجبور بودند «تشریفات قرنطینه» را در پیش از آن که اجازه یابند وارد ایروان شوند، به انجام برسانند.

Morier 1818, p. 335.

³²⁵ Rich 1839, vol. 2, p. 224

گرچه ریچ آن را به عنوان قرنطینه قلمداد کرده است ولی در واقع کاربرد قانون شرع بود که بر اساس آن به هیچ‌کس اجازه داده نمی‌شد وارد و یا خارج از یک منطقه آلوده شود.

³²⁶ Stocqueler 1832, vol. 1, p. 186.

³²⁷ Lari, "Shesh Resaleh," p. 225.??

³²⁸ Adamiyyat 1348, p. 326;

برای بحث‌های در جریان بین‌المللی درباره نیاز به قرنطینه‌ها که در مطبوعات فارسی گزارش شده‌اند، بنگرید

Vaqaye`-ye Ettfaqiyeh 1373-74, vol. 1, pp. 500, 579; vol. 2, pp. 913, 2778 (kerakhtin, qeranteyn, qerantineh).

نیز نگه داشته شدند. اما غذا به انتها رسید و به دلیل نبودن نظم و سازمان دهی، حدود ۱۵۰۰۰ زائر، وارد عراق شدند و چندین نفر از مردم، از جمله سربازان، کشته شدند^{۳۲۹}. در سال ۱۸۶۱، یک افسر غیررسمی ایرانی که مأمور نظارت بر امور مربوطه به شیوع وبا بود، سفیر پروس را در زرقان (نزدیک شیراز) متوقف کرد. به سفیر دستورالعمل‌هایی داده شد که از کدام مکان یا روستا می‌باید دوری کند^{۳۳۰}. از سال ۱۸۶۴، و شاید زودتر از آن دولت ایران به نمایندگی سیاسی بریتانیا اختیار نظارت بر امور بهداشتی بوشهر را داد؛ این به معنای آن بود که کشتی‌هایی که وارد بوشهر می‌شدند، می‌بایستی در خارج از محدوده این بندر، مورد بازرسی قرنطینه‌ای قرار گیرند^{۳۳۱}. اما این اقدامات سلامت همگانی بیشتر استثناء بودند تا یک قانون عام، و مورد توجه دولت نبودند. یک مورد جالب از شیوع بیماری طاعون در کردستان، در سال‌های ۷۱-۱۸۷۰، آن بود که در آن زمان جمعیت مکریان پا پیش گذاشتند و با سیاست سخت‌گیرانه جداسازی همه خانه‌ها و روستاهای آلوده، از انتشار بیماری، به شدت جلوگیری کردند^{۳۳۲}.

در نوزدهم سپتامبر ۱۸۹۳، زمانی که دانسته شد وبا در کازرون شایع شده است، نظام السلطنه، حاکم شیراز، مقررات قرنطینه‌ای را بر روی مسافرین و کالاها و کلیه امور تجاری که از آن مسیر می‌گذشتند اعمال نمود. اما درباره اثرات مثبت این اقدام، شک و تردید وجود دارد زیرا در همان زمان، خیابان‌های شیراز کثیف بودند و مسئولین شهری هیچ اقدامی در بر طرف کردن آلودگی‌ها انجام نمی‌دادند^{۳۳۳}.

بحث و گفتگوهایی که در اروپا صورت گرفت، بر این که چگونه دولت ایران می‌تواند با شیوع وبا و طاعون خیارکی مقابله نماید، اثر گذاشت. علیرغم رخدادهای

³²⁹ De Gobineau 1959, p. 34.

³³⁰ Brugsch 1863, vol. 2, pp. 164, 200.

³³¹ Lorimer 1915, vol. 1, p. 2533; Elgood 1951, pp. 515-16.

³³² Schlimmer 1970, p. 433.

³³³ Sirjani 1361, p. 438.

مکرر همه‌گیری‌های محلی و ملی، دولت ایران هیچ‌گونه سیستمی برای جلوگیری از انتشار بیماری تدارک ندیده بود. این موضوع مربوط به فقدان اطلاعات نبود. در دهه ۱۸۴۰، دانشجوئی ایرانی به نام محمد حسین، به منظور یادگیری زبان فرانسه، به مدرسه زبان عثمانی که تازه بنیاد شده بود، به استانبول فرستاده شد. در برگشت، محمد شاه به او دستور داد تا با کمک مسیو جبریل، رساله‌ای تحت عنوان «رساله در مورد وبا»، تنظیم کند. این رساله بر اساس رسالات سودمندی استوار بود که در هند و سایر مکان‌هایی که همه‌گیری وبا داشتند، نوشته شده بودند. این رساله توصیفی از «سبک شناسی بیماری و روش‌های مبارزه» با این بلا بود.^{۳۳۴}

در سال ۱۸۵۸، پولاک، پزشک مخصوص ناصرالدین شاه، برای بسیاری از افسران ارتش، سندی تنظیم نمود تا آن‌ها را به نشانه‌های مالاریا، اسهال خونی (دیسانتري)، تب تیفوئید (حصبه) و سایر سرماخوردگی‌ها و راه مقابله با آن‌ها را آشنا کند. این‌ها بیماری‌های عمده‌ای بودند که سربازان در اثر ابتلای به آن‌ها تلف می‌شدند. پولاک زمانی که از افسران شنید با استفاده از سند راهنمای او مرگ و میر سربازان به حدقلی که تا کنون شنیده نشده بود، تقلیل یافته، بسیار خرسند شد.^{۳۳۵} با این حال، این نوشته‌ها و بحث و گفتگوها موجب نشد که دولت ایران درباره انتشار بیماری‌های همه‌گیر، اقدامی انجام بدهد.

دولت علاقمند می‌شود

در پی وقوع چهارمین همه‌گیری وبا در سال‌های ۱۸۷۱-۱۸۶۳ که منجر به تشکیل کنفرانس بین‌المللی وبا در ۱۸۶۶ قسطنطنیه شد و در سال ۱۸۶۵ ناصرالدین شاه، دستور تشکیل مجلس حفظ الصحه در تهران را داد. کار این مجلس، گسترش

³³⁴ Afkhami 2003.

³³⁵ Polak 1865, vol. 1, p. 310. Ebrahimnejad 2004, p. 118

اشاره می‌کند که پزشکی جالینوسی - اسلامی سنتی یک تغییر نظری را در آن زمان تجربه می‌کرد.

جایگاه بهداشت در ایران و توصیه به چگونگی بهبودی سلامت عامه و جلوگیری از انتقال و انتشار بیماری‌های واگیر به نقاط دیگر ایران بود. مجلس تحت ریاست تولوزان تشکیل شد. و اعضای آن عمدتاً پزشکان ایرانی تربیت شده در مکتب جالینوسی بودند. در آگوست ۱۸۶۹، تولوزان ارزیابی از اوضاع و شرایط بهداشت همگانی در ایران و همچنین پیشنهادات مجلس را در قالب گزارشی به شاه تحت عنوان "گزارش به اعلیحضرت شاهنشاه، پیرامون وضعیت کنونی بهداشت در ایران" ارائه داد. تولوزان به این حقیقت آگاهی داشت که عمده جمعیت ایران فاقد امکانات پیرامون تغییرات بهداشتی، چه شخصی و چه جمعی، بودند. ولی پاره‌ای از تغییرات امکان‌پذیر بود، تغییراتی که دولت بر آن پافشاری می‌کرد و یا او به آن‌ها باور داشت. پیشنهادات او شامل چنین مواردی بود:

تأسیس شورای عمومی سلامت، جلوگیری از حرکت زوار زمانی که بیماری همه‌گیر وجود داشت، جلوگیری از حمل اجساد به مکان‌های مقدس، ایجاد توالت‌های همگانی، ایجاد فاضلاب، کانال بندی آب‌هایی که به سمت شهرها می‌آیند، ساخت رخت شوی خانه‌های همگانی، گماردن پزشکان سلامت عمومی در شهرهای مهم ایران، ساخت خانه‌های مناسب برای فقرا، بازسازی کاروانسراها و حمام‌های عمومی.

این توصیه و پیشنهادهای، دستور کاری جهت توسعه سلامت عمومی بودند و تعدادی از آن‌ها در اواخر دوران قاجار اجرا گردیدند، هر چند که عمده آن‌ها در میانه دهه ۱۹۵۰، و پس از آن، به واقعیت پیوستند. به دلیل فقدان حمایت کلی، مجلس حفظ الصحه پس از شش ماه، از ادامه کار باز ایستاد^{۳۳۶}. در اوایل سال ۱۸۶۹، دولت فرانسه، پروست (Proust) را جهت تحقیق درباره سواحل غربی و جنوبی دریای مازندران فرستاد تا مشخص شود چه عامل و شرایط محلی موجب می‌شود بیماری‌ها

³³⁶ Ebrahimnejad 1999, pp. 84-86; Kotobi 1995, p. 267

هر دوی آن‌ها بیان می‌کنند که دکتر تولوزان درباره به انجام رساندن امور بهداشتی در ایران و چاره‌جویی در مورد انجام این اهداف، گزارشی به شاه داد (تهران، آگوست ۱۸۶۹، چاپ سنگی).

از این راه به روسیه انتشار یابد، همچنین به دولت ایران مقررات نشست بهداشتی سال ۱۸۶۷ را که با آن توافق کرده بود و از آن تاریخ به بعد به عنوان یک نامهٔ مرده محسوب می‌شد یادآوری نماید^{۳۳۷}.

نشست‌های کمیسیون بهداشتی استانبول (۱۸۶۶) و وین (۱۸۷۴) که نتایج آن‌ها مورد قبول دولت ایران هم بود، دولت ایران را ملزم می‌کرد تا یک شورای بهداشتی در تهران ایجاد کرده و خدمات سلامت همگانی مؤثر را در سایر استان‌ها سازماندهی کند. همان‌گونه که در بالا نیز گفته شد، با وجود تعهد ایران، هیچ عملی انجام نگرفت. دولت عثمانی و اروپا بسیار علاقمند بودند که بدانند در ایران چه می‌گذرد. چون بیماری وبا که گسترش می‌یافت اغلب از طریق ایران به سرزمین‌های عثمانی و یا از طریق روسیه به غرب اروپا انتقال می‌یافت. از این رو کاستالدی (Castaldi)، به عنوان نمایندهٔ پزشکی عثمانی، به تهران فرستاده شد تا ضمن پایش عملکرد ایران، به دولت فشار بیاورد که در مورد پیشگیری، اقداماتی انجام بدهد^{۳۳۸}. هدف و علاقه دولت عثمانی نه تنها به خاطر جلوگیری از گسترش و انتقال بیماری‌های همه‌گیر از ایران به این کشور؛ بلکه پس از نشست کمیسیون بین‌المللی بهداشتی استانبول در سال ۱۸۶۶ بوجود آمد که طی آن مقرر شده بود این دولت میزبان نظارت بر مصوبات اجرایی کمیسیون، با تضمین سلامت همگانی کمیسیون بین‌المللی بهداشت باشد. کوئل (Coville)، وابسته نمایندگی بریتانیا در بغداد، اولین شخصی بود که در ژوئن ۱۸۷۵، پیشنهاد "مشفقانه‌ای برای تشکیل ایستگاه دیده بانی قرنطینه‌ای، در دهانهٔ خلیج فارس"، جهت حفاظت از هندوستان داد. در عین حال، بیان داشت که کمیسیون بین‌المللی بهداشت استانبول شامل این جریان نشود. "دلیل آن است که من دو بار ایجاد قرنطینه را با نظارت آن کمیسیون ارسال کرده‌ام و دیگر مایل نیستم بینم زمانی که سلامت

³³⁷ US Government 1875, p. 78; Khan, p. 24.

³³⁸ Lorimer 1915, vol. 1, pp. 2520-22; see also Afkhami 2003.

هندوستان در معرض خطر است، وضعیت تکرار می‌شود»^{۳۳۹}.

فقط در سال ۱۸۷۶ بود که دولت ایران، در مورد ایجاد قرنطینه، تمکین کرد و به خاطر این بود که بیماری‌های همه‌گیری هم چون دیفتری در تهران، وبا در سیستان و طاعون در خوزستان، در ماه مارس، شایع شده بودند. در خوزستان ۲۵۰۰ نفر تلف شدند که ۱۸۰۰ نفرشان اهل شوشتر بودند. از طرف دیگر، حاکم بوشهر قرنطینه‌ای ایجاد نمود و از مسئولین بریتانیایی درخواست کرد تا مقررات قرنطینه‌ای را در درون دریا اعمال نمایند.

در آوریل ۱۸۷۶، برای کنترل رفت و آمدها از ارون رود یک ایستگاه قرنطینه‌ای در جزیره آبادان احداث گردید هر چند که (اصول) قرنطینه در آن به صورت سرهم بندی شده‌ای به کار گرفته شد. در ژوئن ۱۸۷۶، ناصرالدین شاه، بنا به درخواست و توصیه جامعه پزشکی اروپا و با راهنمایی‌های تولوزان، تصمیم گرفت تا مؤسسه‌ای ایجاد نماید که مسئولیت سلامت همگانی کشور را داشته باشد. در آغاز، این مؤسسه، مجلس صحت شناخته شد ولی پس از آن به مجلس حفظ الصّحه تغییر نام داد.

با همین هدف، پزشکان تحت حمایت وزارت علوم، هفته‌ای یک بار تشکیل جلسه می‌دادند. آن‌ها می‌بایستی توجه مسئولین در همه نقاط کشور را به این موضوع جلب کنند که چگونه برای جلوگیری از رخداد بیماری‌ها، سلامت همگانی را حفظ نمایند. از میان این شورا، پزشکان با تجربه با عنوان پزشک «حافظ الصّحه» برگزیده شدند تا به شهرها و استان‌ها فرستاده شوند. کار آن‌ها ارتقاء سلامت همگانی و درمان مردم و نیز فرستادن گزارش‌هایی از شرایط و اوضاع سلامت جامعه و بیماری‌های آن شهرها به شورای مرکزی بود^{۳۴۰}. این افراد همچنین می‌بایستی مایه کوبی اجباری آبله را اجرا می‌کردند و مجبور بودند که گزارش نتایج آن را همه ماهه بفرستند.

³³⁹ Elgood 1951, p. 519.

³⁴⁰ E'temad al-Saltaneh 1306, p. 115; Lorimer 1915, p. 2533; Elgood 1951, p. 519.

به گفته الگود (Elgood)، «تولوزان که عامل محرکه‌ای برای شورا بود «خستگی‌ناپذیر» بود. او سیستمی از قرنطینه ابتدایی را بنیاد نهاد و خدمات واکسیناسیون عمومی که کلوک (Cloycet) آغاز نموده بود را احیاء کرد. کلوک تعدادی از پزشکان تربیت شده توسط خود را در دارالفنون با تجهیزات و ساز و برگ‌های لازم جهت رو به رو شدن با بیماری‌های واگیر در روستاها، به استان‌ها گسیل داشت»^{۳۴۱}.

اعضاء مجلس حفظ الصحه شامل پزشکان ایرانی و اروپایی از نظر تعداد برابر بودند و زیر نظر رئیس اجرایی، علی قلی میرزا، اداره می‌شدند. او دو جلسه تشکیل داد، در اولین نشست تصمیم گرفته شد ایستگاه‌های قرنطینه در خاک ایران در قصر شیرین و بوشهر تأسیس شوند. تعدادی سرباز در آنجا گماشتند که فرمانده آن‌ها همان بازرس پزشکی نیز بود. همه واردین قلمرو عثمانی، در مکانی طویل‌مانند، نگهداری می‌شدند.

آن‌هایی که در آن مکان می‌ماندند، اگر ایرانی بودند برای هر روز اقامت، ۶ قران باید می‌پرداختند؛ چنانچه این افراد اهل عثمانی بودند این مبلغ به دو برابر می‌رسید. پول آب و غذا می‌باید به شکل اضافی پرداخت می‌شد و بهای آن نیز بالا بود. مدت توقف بستگی به توافقی بود که با افسر فرماندهی انجام می‌شد و می‌توانست برای ماه‌ها پس از خاتمه بیماری همه‌گیر نیز به درازا بکشد. مونس افندی، سفیر عثمانی در تهران، توانست این اقدامات را در پاییز ۱۸۷۶، متوقف کند. در نشست دوم، تصمیم گرفته شد پزشکی به لرستان که در آنجا همه‌گیر طاعون شدید در مارس ۱۸۷۶، رخ داده بود، فرستاده شود.

یک سال پس از آن، پزشک ایرانی هنوز هم به لرستان نرسیده بود. ولی این موضوع مانع نشد که او گزارش‌هایی غیرواقعی، بر اساس شایعات موجود در منطقه ارائه ندهد. به دلیل پرداخت نشدن دستمزد به پزشک ایرانی، او خودش را به حاکم ایرانی خوزستان وابسته کرد و با او همسفر شد و بدین وسیله نیازهای روزمره‌اش را تأمین کرد.

³⁴¹ Elgood 1951, p. 518; Browne 1924, p. 518.

پس از آن دو جلسه، مجلس حفظ الصحه، فعالیت خود را متوقف کرد زیرا تهدیدات مونس افندی اصلاحات پزشکی همه پسند را عقیم گذاشت. در بهار سال ۱۸۷۷، همراه با رخداد طاعون در عراق و بیماری وبا در کردستان، با درخواست‌های کاستالدی (Castaldi)، مجلس حفظ الصحه دوباره نشست برگزار کرد. از فوریه ۱۸۷۷، هر یکشنبه شورا به طور منظم، به ریاست علی قلی میرزا، تشکیل جلسه داد. پزشکانی هم چون تولوزان و کاستالدی و تعدادی از پزشکان ایرانی، عضو شورا بودند. در جلسات چای می‌نوشیدند قلیان می‌کشیدند ولی کاری انجام نمی‌دادند و درباره چیز مهمی گفتگو نمی‌کردند.

مهم‌ترین و اصلی‌ترین کار آن‌ها بالا بردن تعرفه عملیات قرنطینه‌ای بود که نسبت به نرخ تعرفه عثمانی ده برابر شد. افزون بر آن آمارهایی از موارد مرگ و میر در شهرهای مهم جمع‌آوری گردید. این آمارها با درخواست از افرادی جمع‌آوری می‌شد که مأمور شستشوی مردگان بودند و اجازه غسل را داشتند و این اطلاعات را به طور هفتگی فراهم می‌کردند. به دلیل وجود تلگراف، مجلس حفظ الصحه تهران توانست دیدگاهی پیرامون وضعیت سلامت عمومی در سراسر کشور، ارائه دهد. از طریق این گونه آمارها و گزارش‌ها، خیلی زود مشخص شد که دیفتری که اخیراً شناسایی شده بود به یک مشکل بزرگ تبدیل شده است.

در همان زمان، آبله هم شایع شد و تعداد ۷۶۰ نفر در اصفهان مبتلا شدند که از این عده تنها ۳۰ نفر نجات یافتند. مجلس حفظ الصحه به بحث در زمینه این پدیده‌ها ادامه داد ولی اقدام عملی اتخاذ نشد^{۳۴۲}. به گفته عباس خان، این شورا چیزی جز انجمن مباحثه و مناظره نبود و هیچ‌گونه منشور و مقرراتی نداشت و تنها در زمان نیاز تشکیل می‌گردید؛ مثل آن زمانی که بیماری در و یا نزدیکی تهران رخ داد^{۳۴۳}. تولوزان،

³⁴² Elgood 1951, pp. 519-22; Kashani-Sabet 1998, pp. 51-54.

³⁴³ Abbas Khan 1908, p. 129.

حکیم باشی حضور و پزشک سلطنتی، ریاست مجلس حفظ الصحه را به عهده داشت. اعضاء دیگر آن کامپوزان پیر (اهل عثمانی) و دکتر آلبو از دارالفنون بودند. اعضاء شورای مرکزی متشکل از پانزده نفر بودند که شامل اطباء برجسته جالینوسی می شدند و همگی دشمن پزشکی غربی به شمار می آمدند، مانند میرزا محمد تقی شیرازی، فخرالاطباء کنی و میرزا احمد کاشی. مجلس حفظ الصحه آذربایجان و غرب ایران، اعضای از شهرهای تبریز، خوی، مراغه، ارومیه، سنندج، کردستان، زنجان، قزوین، رشت، همدان و کرمانشاه داشت. در شورای خراسان و مازندران، اعضای از شهرهای مشهد، سبزوار، شاهرود، سمنان، استرآباد و مازندران حضور داشتند. شورای مرکزی همچنین در شهرهایی مثل شیراز، اصفهان، کاشان، قم، لرستان، خوزستان، یزد، کرمان و بوشهر عضو داشت^{۳۴۴}. مکان و موجودیت این پزشکان توسط گزارش بصیرالملک تأیید می گردد. زمانی که او در مشهد بود چنین نوشت: "امروز صبح، میرزا مصطفی (پزشک حافظ الصحه) به من چهار مئقال ید پتاسیم، یک مئقال دارویی تند، ۱۳ نخود اپیکا داد، من مبلغ ۱۰۰۰ دینار به عنوان بهای ید که مرقوم شده بود دادم"^{۳۴۵}.

مجلس حفظ الصحه کوشش کرد نشست هایی به طور منظم داشته باشد ولی این موضوع همیشه امکان پذیر نبود چرا که بسیاری از اعضاء، پزشکان درباری بودند که مجبور می شدند در گردش های تفریحی و خارج از شهر، در رکاب شاه باشند. همچنین تعدادی از آنها نیز در فصل تابستان، به نقاط خنک تر می رفتند؛ بنابراین، برای تشکیل جلسه، در تهران، در دسترس نبودند. ولی هر زمان که مجلس حفظ الصحه تشکیل جلسه می داد گزارشی از نشست تنظیم می شد و چکیده آن در روزنامه دانش به چاپ می رسید.

³⁴⁴ E'temad al-Saltaneh 1306, ضمیمه pp. 42-43.

³⁴⁵ E'tesam al-Molk 1351, p. 170; نیز در کرمانشاه (Soltani 1370 vol. 1, p. 538), سمنان (Afzal al-Molk 1396, p. 146; قم (Vaziri 1346, p. 52), کرمان (Haqiqat 1352, p. 546), شیراز (و خوزستان), Danesh 1374, p. 20); Najm ol-Molk 1341, pp. 9, 54, 178, (شیراز) (Ya Hoseyni 1374, p. 232); همدان (Badi'i 1378, p. 278; Afzal al-Molk 1361, p. 198); Pirezadeh 1342, vol. 1, p. 17 (شیراز).

این روزنامه نوشت که میرزا حسام الدین، طبیب حافظ الصحه شیراز، گزارشی در مورد اسهال به شورا داده است. او رخداد این بیماری را به کشتزارهای برنج اطراف شیراز و اوضاع کثیف خیابان‌های آن شهر نسبت داده بود^{۳۴۶}. همان روزنامه، موضوعات سلامت همگانی که در نشریه فرانسوی، روزنامه بهداشت، چاپ شده بود و همچنین پیشرفت‌های علوم پزشکی را اقتباس می‌کرد و آن‌ها را مورد نقد و بررسی و گفتگو قرار می‌داد^{۳۴۷}. اگرچه به غیر از گماشتن پزشکان حفظ الصحه، هیچ اقدام دیگری صورت نگرفت. از طرف دیگر، مأمورین حفظ الصحه که در استان‌ها گمارده می‌شدند، متأسفانه از آموزش کافی و آمادگی برخوردار نبودند و وسایل و تجهیزات کمبود داشت، آن‌ها در موضوعات سلامت همگانی آموزش ندیده بودند و فاقد داروها و آزمایشگاه بودند. حتی تعدادی از آن‌ها به خاطر این که حقوقی دریافت نمی‌کردند حوزه مأموریت خود را ترک کردند.

در آخر سال ۱۸۸۷، برون (Browne) که در یکی از جلسات حفظ الصحه شرکت کرده بود، از کیفیت گفتگوها و بحث‌های آن تحت تأثیر قرار گرفت. جلسه توسط ۱۶ طبیب برجسته تهران برگزار شده بود که تنها از پزشکی اسلامی - جالینوسی اطلاعات داشتند. گزارش میزان مرگ و میر در تهران و شهرهای مهم استانی خوانده شد و مورد گفتگو قرار گرفت، همچنین درمان‌های متفاوت از التهابات چشم و مواردی از سنگ مثانه نیز مورد بررسی قرار گرفت. ولی او هیچ اطمینانی به این نوع گزارشات مرگ و میر نداشت، زیرا این گزارشات بر اساس اطلاعات داده شده از جانب مرده شورها بود^{۳۴۸}. حفظ الصحه، با کشورهای هم‌مرز با ایران، برای ایجاد ایستگاه‌های قرنطینه‌ای، به توافق نرسید. بحث و گفتگوها به دلیل نبود بودجه و از همه مهم‌تر اختلاف عقاید،

³⁴⁶ (یکم ذی الحجه ۱۲۹۹/۱۵ اکتبر ۱۸۸۲، 9، nr. 9، 33، p. 1374، Danesh)

³⁴⁷ (یکم صفر ۱۳۰۰، 13، nr. 13، 49، (یکم محرم ۱۲۹۹/۱۳ نوامبر ۱۸۸۲، 11، nr. 11، 41، pp. 1374، Danesh) (دیفتری) ۵۵، در رابطه با هاری (۱۳ نوامبر ۱۸۸۲)

³⁴⁸ Browne 1970، pp. 107-08؛ Ibid. 1924، p. 93.

به جایی نرسید^{۳۴۹}. همچنین، عملکرد مناسب سیستم قرنطینه منع گردید زیرا مقامات رسمی استانی، ارزیابی قابل اعتمادی از اوضاع و شرایط پزشکی محلی، حتی زمانی که شاه به روشنی آن را درخواست نمود، فراهم نکردند^{۳۵۰}. حتی بعد از تأسیس شبکه قرنطینه در ایستگاه‌های نوار مرزی، در سال ۱۸۷۶، به دلیل این که این شبکه‌ها به شکل کارآمدی به کار برده نشدند، ورود بیماری‌های همه‌گیر ادامه یافت.

به همین ترتیب، در درون خود ایران، نظارت بهداشتی مؤثری وجود نداشت^{۳۵۱} دلیل آن این بود که در خود ماهیت قرنطینه آشفتگی وجود داشت و اغلب نیز (اقدامات) بسیار دیر به کار بسته می‌شدند^{۳۵۲}. یکی از دلایل دیگر که موجب کاهش کارایی شبکه قرنطینه گردید این موضوع بود که پولاک، به شدت طرفدار نظریه «ضد سرایت» و خیلی علاقمند و طرفدار سیستم قرنطینه نبود، واقعیت این که حتی او با قرنطینه مخالفت نیز کرد^{۳۵۳}. با این اوصاف، پولاک برای ایجاد خدمات قرنطینه‌ای مقرراتی را اتخاذ نمود و گام‌هایی را برای به وجود آوردن یک ایستگاه قرنطینه در خانقین برداشت. یک ایستگاه قرنطینه‌ای در مرز ایران و عثمانی در نقطه‌ای که محل ورود کاروان‌های زوار و انتقال اجساد از ایران به سوی کربلا بود، بنا شد.

این اقدام در پاسخ به توافقنامه‌های بین‌المللی که ایران در تاریخ‌های ۱۸۷۰ و ۱۸۷۸، با امپراتوری عثمانی داشت، انجام گردید. طبق این قراردادها تنها اجساد

³⁴⁹ Lorimer 1915, vol. 1, pp. 2533-45; Elgood 1951, pp. 522-23.

³⁵⁰ Nateq 1358, pp. 48-49.

³⁵¹ Gilbar 1976, p. 140; Kashani-Sabet 1998, p. 53.

³⁵² Speer 1911, p. 165.

^{۳۵۳} جهت بحث و استدلال‌های تولوزان بنگرید Ebrahim-Nejad 1999, pp. 86-88
تولوزان به هم وطن خود اجازه داد Binder 1887, pp. 390-93 ارزش قرنطینه را محدود به حساب آورد. احتمالاً تولوزان طرفدار نتایج به عمل آمده از کنفرانس وبا ۱۸۷۴ وین بود که توصیه می‌کرد می‌توان قرنطینه در خشکی را برای اروپاییان ترک نمود ولی به برقراری قرنطینه دریایی در آسیا پافشاری می‌کرد، بنگرید

Lorimer 1915, vol. 1, p. 2522 and Kashani-Sabet 1998, pp. 54-55.

می توانستند به قلمرو عثمانی (کربلا) حمل شوند که سه سال از فوت آن‌ها گذشته باشد، گذشته از آن یک ایستگاه نظارتی بهداشت نیز در مرز می باید ایجاد شود^{۳۵۴}.

در همین زمان دولت هند برای ارزیابی اوضاع بهداشتی ایران، نماینده‌ای به ایران فرستاد. در گزارش نماینده که به مافوق‌های خود داده بود، از آن‌ها درخواست نمود تا ایران را برای ساخت قرنطینه ترغیب و توانمند نمایند. اما دولت هند در این زمینه هیچ قدمی بر نداشت. در سال ۱۸۷۷، زمانی که دولت اتریش از بریتانیا خواست تا ایستگاه مشترک قرنطینه‌ای در خلیج فارس ایجاد کنند، توافق صورت گرفت. هر دو دولت توافق نمودند که این خدمات نمی‌بایست در دست ایران باشد و باید توسط یک کمیسیون بین‌المللی پزشکی که در تهران جایگزین مجلس حفظ الصحه خواهد شد، اداره گردد. کمیسیون جدید می‌بایست قدرت اجرایی، بودجه و مسئولیت کلیه خدمات بهداشتی در خلیج فارس را دارا می‌شد. کمیسیون می‌باید توسط ایرانی‌ها ریاست می‌شد ولی اعضاء ایرانی آن باید در اقلیت می‌بودند.

اما بریتانیای کبیر، تفکرات ثانویه‌ای در مورد پیشنهاد داشت، از این رو انواع مخالفت‌ها را انجام داد و در نتیجه کلیه پیشنهادها منتفی شد. مجلس حفظ الصحه، به طور رسمی، مسئول امور سلامت همگانی بر جا ماند و به دلیل این که مجلس حفظ الصحه وابستگی به کمیسیون بین‌المللی استانبول داشت، دولت بریتانیا به این نتیجه رسید که به جای آن، مجلسی هم تراز که تحت الحمایه باشد تأسیس شود. بنابراین، به مدت حدود بیست سال، هیچ‌گونه اتفاقی روی نداد^{۳۵۵}.

در دوره قاجار، ایران به مواد کمیسیون بهداشت بین‌المللی (۳ آوریل ۱۸۹۳ و ۳۰ اکتبر ۱۸۹۸) پیوست که در پی تنظیم مقررات و ساماندهی زوار مکه و خلیج فارس

³⁵⁴ Elgood 1951, p. 520; Wright 2001, p. 127.

البته پزشکانی بودند که برای مجلس حفظ الصحه کار می‌کردند، بنگرید / Sepehr 1368, pp. 217
که به همدان اشاره می‌کند و P.225

برای عملکرد سیستم قرنطینه از دید طرف ترک در مرز ایران، بنگرید Saad 1913

³⁵⁵ Elgood 1951, pp. 521-22.

بود^{۳۵۶}. دولت ایران، در زمان رخداد وبا در خوزستان که در سال ۱۸۸۹ در شهر شوشتر شایع شده بود، یک پست قرنطینه‌ای دایر نمود^{۳۵۷}. به دلیل کمبود امکانات و تسهیلات دیگر، انجام این نوع اقدامات همیشه اثرگذار نبودند. این وضعیت در جولای ۱۸۹۲، زمانی که کنسول بریتانیای کبیر می‌خواست در بندرعباس و لنگه قرنطینه برقرار کند نیز وجود داشت^{۳۵۸}. قدم دیگری که برداشته شد، در تاریخ ۲۰ ژوئن ۱۸۹۸ بود، در آن زمان ایران اجلاس ۱۸۹۴ کمیسیون بین‌المللی بهداشت را مورد تصویب قرار داده بود، اما ایران نیز همانند بریتانیا برای تدارکات قرنطینه در خلیج فارس کوتاهی می‌کرد چرا که هر دوی آن‌ها، دوست نداشتند که قرنطینه خلیج فارس با قرنطینه زوآر حج در پیوند قرار گیرد و بیان می‌کردند که زوار به سختی از این راه گذر می‌کنند. در این کنفرانس و کنفرانس‌های بعدی بهداشتی، اختلاف نظرهایی، به ویژه بین بریتانیا و فرانسه که توسط روسیه پشتیبانی می‌شد، وجود داشت. این اختلاف نظرها و اهداف سیاسی بعدها خود را در ایران آشکار کردند. در سال ۱۸۹۷، روسیه، مارک (Marc) و اوست (Oust) را برای مطالعه پیرامون طاعون به ایران فرستاد. در سال ۱۸۹۸، دو پزشک روسی به نام‌های رودزویتز (Rodzowitz) و کرناجوسک (Kornajevsk) از بوشهر دیدار کردند و در دسامبر ۱۸۹۸ پوسکووسکی (Posekkowski) نیز به این شهر رسید. این دیدارها شامل بصره و بندرعباس نیز می‌شد.

طبق نظر بریتانیا، این افراد فقط به منزله هیئت‌های حقیقت‌یاب و با خط مشی سیاسی معین بودند^{۳۵۹}. از دیدگاه بریتانیا، این وضع نشانه آشکاری بود مبنی بر این که روسیه علاقمند به گسترش قلمرو خود است و در این راستا روزنامه‌های روسی کاملاً صراحت داشتند^{۳۶۰}. در سال ۱۹۰۴، دولت فرانسه، فور (Faivre) را برای مطالعه از

³⁵⁶ Greenfield 1904, p. 273; Elgood 1951, p. 523.

³⁵⁷ Nezam al-Saltaneh 1361, vol. 2, p. 45.

³⁵⁸ Nezam al-Saltaneh 1361, vol. 2, pp. 119, 140 (بوشهر و پسرکانه).

³⁵⁹ Saldanha 1986, vol. 8/III, p. 2.

³⁶⁰ Elgood 1951, p. 523.

شرایط بهداشتی و قرنطینه‌ای به خلیج فارس فرستاد. در نتیجه، بریتانیا احساس کرد که آن‌ها نیز بایستی چنین مطالعاتی انجام بدهند؛ بنابراین، در فوریه ۱۹۰۵، تئودور تامسون به خلیج فارس آمد، هر دو مطالعات خودشان را انجام دادند که در عین حال ادامه بحث‌های کنفرانس وبای ۱۹۰۳ بود؛ اما بین طرفین هیچ‌گونه توافقی صورت نگرفت.^{۳۶۱}

در سال ۱۸۹۷، کنفرانس بین‌المللی بهداشت، در ونیز توافق کرد که یک ایستگاه بهداشتی می‌باید در دهانه ورودی خلیج فارس تأسیس شود تا افرادی که از آن منطقه به سمت اروپا رهسپار هستند، مورد معاینه و در صورت لزوم، مورد درمان قرار گیرند. کلیه امور این ایستگاه می‌باید در دست ایرانی‌ها باشد و ایران ملزم است مکانی برای آن انتخاب و هزینه نگهداری آن را بپردازد. نقش پزشکان بریتانیایی در خدمات قرنطینه‌ای ایران گسترش نیافت. با این وجود، در سال ۱۹۰۴ در کنفرانس پاریس به روشنی مشخص گردید که ایران هنوز هم مکانی جهت قرنطینه انتخاب نکرده بود. کنفرانس، جزیره هرمز را پیشنهاد داد ولی انتخاب ایران، جزیره هنگام بود. از آنجایی که اعراب نسبت به مالکیت آن جزیره ادعا داشتند و دولت بریتانیا از آن‌ها حمایت می‌کرد، مخالفت‌ها و اعتراضات نامربوط از هر نوع بالا رفت.^{۳۶۲} در حقیقت، تامسون به دولت بریتانیا اطلاع داده بود که جزیره هنگام "احتمالاً از بهترین مکان‌ها برای چنین ایستگاهی در دهانه خلیج فارس است"^{۳۶۳}. در نهایت به خاطر این‌گونه گفتگوها، هیچ کاری برای احداث قرنطینه انجام نگرفت.

به هر حال، پیشرفت مثبتی که اتفاق افتاد این بود که پس از همه‌گیری بیماری

³⁶¹ Lorimer 1915, vol. 1, pp. 2525, 2528, 2542-43.

³⁶² Elgood 1951, pp. 526-27.

³⁶³ IOR/L/PS/10/38, File 1408/1904 Pt 1

خلیج فارس: امور جزیره هنگام. وضعیت جزیره هنگام (حق مالکیت ایران). ایستگاه گمرکات ایران. مشاجره ایستگاه تلگراف هنگام، (35) p. 7.

خانمان سوز وبا در سال ۱۹۰۴، شورای بهداشت (انجمن حفظ الصحه)، با در نظر گرفتن این که نه بودجه‌ای داشت و نه مسئولیتی، به شکلی پایدار، دوباره تشکیل یافت و جایگزین شورای اولیه شد. کار این شورا کاهش انتشار بیماری‌های عفونی به ویژه وبا و طاعون در سراسر کشور بود. ولی بیشتر به شکل یک مکان بحث و گفتگو پزشکی درآمد تا این که خود را به صورت منبعی برای خدمات سلامت همگانی نشان دهد. شورا، اطلاعات را جمع‌آوری و اقداماتی پیشگیرانه برای سلامت همگانی سازماندهی می‌کرد، واکسیناسیون ترتیب می‌داد و به ورود داروهای مخدر و افیون نظارت می‌کرد. شورا همچنین در رابطه با سلامت همگانی به دولت مردان ایرانی توصیه‌هایی می‌داد. با کمک و رهنمودهای وزارت داخله کشور، شورا تبدیل به یک مرجع مهم بهداشت همگانی در ایران شد. اعضاء آن متشکل از ۱۲ پزشک ایرانی، نمایندگان از وزارت خارجه و داخله، اعضاء اداره گمرک و پلیس، دو نفر از استادان دانشکده پزشکی و پزشکیانی از سفارت خانه‌های خارجی بود. همچنین تعدادی از اعضاء افتخاری نیز بودند که حق رأی نداشتند^{۳۶۴}.

در آغاز اشنايدر (Schneider)، پزشک فرانسوی، ریاست این شورا را به عهده داشت. او به گزارش‌های رسمی جراح نمایندگی بریتانیا اهمیت نمی‌داد ولی تمایل زیادی به اصطلاح "به گزارشات نامستولانه" بوسییر (Bussiere)، پزشک فرانسوی مقیم بوشهر داشت. به همین جهت، بریتانیایی‌ها در مورد کارآمدی شورا، به طور کلی، خشنود نبودند. همچنین بریتانیا زمانی که شورا خواست پیرامون جزیره هنگام صحبت کنند از آن‌ها خواست که در این مورد ورود ننماید. اشنايدر چنین پیشنهاد نمود:

"چنانچه بریتانیا مایل است که تنها مسئول سلامت در خلیج فارس باشد، وظیفه آن کشور است که با اضافه کردن کارکنان اروپایی در خدمات قرنطینه‌ای و تأمین بیشتر

³⁶⁴ Government of Great Britain 1945, p. 409; Lorimer 1915, vol. 1, p. 2251; Nategh 1995, p. 192; Elgood 1951, pp. 526-29.

کوره‌های ضد عفونی، امنیت این منطقه را فراهم آورد»^{۳۶۵}. این منش بحرانی قدرت‌های خارجی (بریتانیایی‌ها) از روی حسادت بود و مسلم به نظر می‌آید که این خود منظری از نیرنگ بازی برای قدرت و نفوذی بود که دیپلمات‌های اروپایی در آن درگیر بودند. این موضوع خود پاره‌ای از «به اصطلاح» بازی بزرگی بود که در واقعیت امر اغلب کوه فکری به حساب می‌آمد. در سال ۱۹۰۳، روسیه پیشنهاد کرد نظارت بر عملیات بهداشتی به گمرک انتقال یابد. گمرک به تازگی هزینه‌های بهداشتی را جمع‌آوری می‌کرد تا بودجه‌ای که دولت ایران برای امور بهداشتی مقرر نموده بود را پرداخت کند.

زمانی که مقامات رسمی گمرک به طور مشخص تلاش نمودند تا در امور بهداشتی دخالت نمایند، دولت بریتانیا، شکایت نامه‌ای در تهران تسلیم کرد. دولت ایران پاسخ داد که نمی‌خواهد در وضع موجود تغییر دهد ولی مایل است که اتمام رفتار دوگانه واقعی یا احساس شده با اروپاییان و غیراروپاییان در بوشهر را شاهد باشد. علیرغم این دیدگاه، بوسییر (Bussiere) که به بوشهر آمده و در استخدام اداره گمرک بود، سعی کرد که در امور بهداشتی گمرک دخالت کند. مدیر اداره گمرک در میان فضولی‌های دیگر حتی پا را فراتر گذاشت و دستور داد که شناورهایی که مأمورین بهداشت بریتانیا اجازه خروج داده بودند توقیف کنند.

گرچه این تداخل به شکل آشکار توسط تهران دستور داده شده بود ولی پس از اعتراض شدید بریتانیا، دولت ایران از دخالت اداره گمرک در امور بهداشتی پرهیز کرد. اختلاف‌هایی عقیدتی، به ویژه میان فرانسه و بریتانیا، پیرامون اتخاذ راهبرد بهداشتی، وجود داشت، این تفاوت‌ها که از اروپا برخاسته بودند خود را در خلیج فارس نشان دادند. از طرف دیگر، تداخلات بین روسیه و گمرک نیز وجود داشت که با نشانگان تفاوت‌های عقیدتی و اهداف سیاسی قدرت‌های اروپایی که گفته شد، اوضاع را پیچیده‌تر می‌ساخت. برای نمونه، رئیس مأمورین بهداشت، گزارش‌هایی درباره شرایط

³⁶⁵ Elgood 1951, p. 527.

بهداشتی بوشهر، هر ماهه، به تهران می فرستاد. شورای بهداشت تهران که ریاست آن به عهده شنیدر بود تمایل داشت این گونه گزارش ها که حاوی پیشنهادهای و توصیه هایی هم بودند، نادیده بگیرد و یا نابود کند و در عوض گزارش هایی که از جانب بوسیر، فرستاده می شد، مورد توجه قرار می داد.

دولت فرانسه تنها دولتی نبود که احساس می کرد می باید با دولت بریتانیا به چالش برخیزد، بلکه مسلماً روسیه نیز چنین عقیده ای داشت. در حقیقت، فرانسه نقش جزئی در این گیر و دارها داشت ولی دولت های بریتانیا و روسیه برای دست یافتن به کنترل بر ایران در همه زوایا با یکدیگر رقابت می کردند؛ هر چند که می دانیم روسیه و فرانسه چندان منافع اقتصادی برجسته ای در خلیج فارس نداشتند. با این وجود، در ۲۱ نوامبر ۱۹۰۵، پاسیک (passek)، سرکنسول روسیه در بوشهر، همراه با قزاق هایش، برای بازدید کشتی بخار پُست که در بندر متوقف بود و پرچم قرنطینه برافراشته داشت، رهسپار شد.

جراح نمایندگی بریتانیا، کنسول روسیه را تحت قرنطینه قرار داد و از طرف دیگر، دریابگی، حاکم بوشهر، از پاسیک خواست تا در مورد ورودش به کشتی توضیح دهد. در همان زمان نیز سرنشینان کشتی درباره این رفتارهای دوگانه شکایت کردند، زیرا آن ها مجبور شده بودند که در جزیره قرنطینه برای مدتی بمانند. در حالی که روس ها بلافاصله به بوشهر برگشتند^{۳۶۶}.

در بهار ۱۹۰۷، زمانی که طاعون رخ داد، دوباره کارایی سیستم قرنطینه که توسط بریتانیایی ها اداره می شد، مورد انتقاد شدید اعضاء روسی و فرانسوی شورای بهداشت قرار گرفت. آن ها پیشنهاد دادند که سیستم قرنطینه می باید تحت نظارت بین المللی قرار گیرد. در پاسخ، بریتانیا اشاره نمود که نظارت بین المللی به خودی خود با حضور پر رنگ آن ها و نمایندگان سفارت های خارجی، هم اکنون نیز اعمال می شود.

³⁶⁶ Administration Report 1905-1906, pp. 18-19; Lorimer 1915, vol. 1, p. 2550; Political Diaries, vol. 1, p. 219; نیز بنگرید IOR/L/PS/10/132, File 345/1908 Pt 1
خرمشهر: وضعیت. تضمین بریتانیا به شیخ، par. B, pp. 10-11

سرانجام، دولت بریتانیا مجبور شد پیشنهادهای کمتر مورد قبول را با اقتباس از تقاضاهای کهنه‌اشنایدر، بپذیرد. در نتیجه، آخرین نوع کوره‌های تحت فشار بخار ضدعفونی کننده در بنادر لنگه، جاسک و خرمشهر دایر شدند. در همان زمان یک دستگاه کلی تون (Clayton) برای براندازی موش‌ها در کشتی و شناورهایی که در لنگرگاه بوشهر متوقف می‌شدند، مهیا گردید. در ضمن، پزشک دیگری به مجموعه اعضاء قرنطینه اضافه گردید. با این وجود، کلیه ساختمان‌های قرنطینه‌ای که در خاک ایران قرار داشتند در شرایط بدی به سر می‌بردند. مجلس حفظ الصحه در تهران از این شرایط آگاهی داشت و قول داد در صورت این که شرایط بودجه‌ای اجازه بدهد، هر چه زودتر برای ساماندهی آن کاری انجام دهد.

برای لحظه‌ای، انتقادات و مخالفت‌ها درباره بریتانیا فروکش کرد ولی از آنجایی که همه طرف‌های ذینفع، اهداف سیاسی خودشان را تعقیب می‌کردند (از جمله حفاظت از تجارت خودشان و حفاظت از هند) حملات دیگر ملت‌ها نیز در هر زمان، می‌توانستند روی دهند^{۳۶۷} از جمله در سال ۱۹۰۸، آلمان‌ها نیز به گروه انتقاد کنندگان پیوستند، و آن زمانی بود که نماینده‌ای از شرکت ونگهوس قبل از بازرسی مأمور بهداشت، وارد یک کشتی شد که در مسیر لنگرگاه بود و این خلاف مقررات محسوب می‌شد. لیستمن (Listmann)، کنسول آلمان، پس از این که از جریان این خطا باخبر گردید، در چالش نامه نگاری‌هایی بی‌حاصل درگیر شد^{۳۶۸}.

در ۶ مارس ۱۹۰۷، دولت ایران مقررات سال ۱۹۰۳ پاریس را پذیرفت و مدت زمان توقف در قرنطینه را از ده روز به پنج روز کاهش داد. جدالی دسته جمعی و بین‌المللی علیه سیستم قرنطینه‌ای که به وسیله پزشکان بریتانیایی به نیابت از دولت ایران اداره می‌شد (و در نتیجه دولت بریتانیا را صاحب بعضی از امتیازات کرده بود) به

³⁶⁷ Administration Report 1907-1908, p. 19; Elgood 1951, pp. 529-30.

³⁶⁸ Administration Report 1908, p. 8; Elgood 1951, pp. 530-31.

راه افتاد. البته دولت بریتانیا این جر و بحث‌ها را نشانه‌ای از حسادت و چشم و هم چشمی دولت‌های خارجی و ملی‌گرایان ایرانی می‌دانست. از آن تاریخ به بعد مأمورین قرنطینه می‌باید به جای پرچم بریتانیا، پرچم ایران را بر می‌افراختند و در همان حال همه مکاتبات و ارتباطات، به جای انگلیسی، می‌باید به فارسی و فرانسوی انجام می‌شد. سرانجام این که رئیس مأمورین قرنطینه می‌باید گزارش‌های خودش را از طریق مأمورین محلی به رئیس مجلس حفظ الصحه در تهران بدهد. بریتانیا امیدوار بود که این جریانات، مقداری از غرش انتقادات آن‌ها را کاهش دهد^{۳۶۹}.

شرایط انتقادی علیه بریتانیا قدری تغییر کرد، وقتی که بین سفیر فرانسه و اشنایدر اختلافی به وجود آمد، ۱۹۰۶، جورجس (Georges) فرانسوی به عنوان رئیس شورا جانشین اشنایدر شد. در سال ۱۹۰۷، کوپین (Coppin) که پزشکی فرانسوی و جزء پزشکان سلطنتی بود، ریاست مجلس حفظ الصحه را به عهده گرفت. در همان زمان یک پزشک ایرانی به نام دکتر لقمان الممالک، وقتی که کوپین در اروپا بود، ریاست موقتی مجلس حفظ الصحه را به عهده داشت. در همان وقت نلیگان (Dr. Neligan) که پزشک سفارت بود سمت نایب رئیسی را به عهده داشت. اعضاء اروپایی مجلس حفظ الصحه به جای این که برای پیشبرد اهداف سلامت همگانی کوشش کنند آن را نهادی برای اهداف سیاسی خودشان می‌دانستند، پزشکان ایرانی که آموزش دیده غرب و اعضاء جدید شورا بودند، دوست داشتند تا شورا را کارآمدتر کنند و از این رو، دارای صراحت کلام شدند. شورا هنوز هم بودجه کافی نداشت و این مشکل موجب سردرگمی فعالیت‌های آن می‌شد. شورا در سال ۱۹۱۱ توانست دولت را متقاعد کند تا با برقراری مالیات بر روی انتقال اجساد به عراق و همچنین با اختصاص ۱۰٪ از عوارض و مالیات‌های اسب، گاری و گالسکه‌ها، اقدام نماید. شورا قصد داشت این درآمدها را به ترتیب برای ساخت یک ایستگاه قرنطینه نزدیک به قصر شیرین و انجام

³⁶⁹ Administration Report 1906-1907, p. 14.

یک رشته واکسیناسیون‌های رایگان آبله صرف کند^{۳۷۰}. همان گونه که از گفتگوها و بحث‌های پیرامون عملکرد سیستم قرنطینه‌ای که در زیر به آن می‌پردازیم آشکار است، در سال‌های پس از آن، شورا با نشیب و فرازهایی به کار ادامه داد. بعد از سال ۱۹۲۱، شورا از وزارت داخله به وزارت معارف انتقال یافت. از آن پس شورا ماهی یک بار تشکیل جلسه می‌داد و پیرامون شرایط رخداد بیماری‌های واگیر نیز جلسات بیشتری برگزار می‌کرد. برنامه ملی خدمات سلامت توسعه یافته بود ولی فقط در تهران پیاده‌سازی شد^{۳۷۱}. افزون بر این، کمیسیون بهداشتی در پنج شهر تشکیل گردید. در سال ۱۹۲۵، ۴۸ مأمور پزشکی در تعدادی از شهرها گماشته شدند^{۳۷۲}.

خدمات قرنطینه‌ای

پس از همایش بین‌المللی بهداشت ۱۸۵۱ پاریس، دولت عثمانی سیستم نظارتی قرنطینه‌ای را در خلیج فارس و مرز ایران برقرار نمود. زیرا آن‌ها معتقد بودند طاعون، همانند سال ۱۸۳۱ از طرف خلیج فارس و ایران وارد کشورشان می‌شود. پس از سال ۱۸۵۱، دولت عثمانی نظارت قرنطینه‌ای را در بصره برقرار کرد، اما تعداد مسافرینی که از طریق بصره به عراق وارد می‌شدند نسبت به آن چه که از مسیر کرمانشاه به خانقین می‌آمدند، قابل توجه و مقایسه نبود^{۳۷۳}. گرچه بیماری‌های همه‌گیر مثل وبا به طور منظم در سرتاسر کرانه‌ها و پس کرانه‌های قلمرو ایران، ویران‌گری می‌کرد، ولی این در سال ۱۸۰۹ بود که مسئولین ایرانی برای اولین بار در ماه ژوئن، در دریا، و در ماه آگوست، در خشکی، نظارت قرنطینه‌ای دائمی را اعمال نمودند^{۳۷۴}. البته موارد

³⁷⁰ Elgood 1951, pp. 531-32.

³⁷¹ Government of Great Britain 1945, p. 409; Gilmour 1924, pp. 57-61.

³⁷² Gilmour 1924, p. 20.

³⁷³ Bulmus, 2012, pp. 155-56.

³⁷⁴ Lorimer 1915, vol. 1, p. 2525.

قرنطینه‌ای گذری نیز وجود داشت مانند دهم جولای ۱۸۱۱ که در آن زمان حاکم بوشهر برای انجام احتیاط‌های لازم هر گونه ارتباط را با دو کشتی که در مسیر بوشهر بودند را قدغن کرد. یکی از آن کشتی‌ها کشتی مالابار (Malabar) بود و از بحرین که وبا در آنجا نازل شده بود، می‌آمد. زمانی که این کشتی به قصد بصره حرکت کرد، حاکم بوشهر ارتباط بین شهرش را با بصره و بعدها با مسقط ممنوع کرد^{۳۷۵}.

رویداد دوم مربوط به سال ۱۸۷۶ بود که در آن زمان سروان پریدوکس (Capt. Prideaux) نمایندگی بریتانیا گزارش کرد که زمان ۱۵ روزه قرنطینه برای مسافرین و کالاهایی که در بوشهر پیاده می‌شوند اعمال شود. ولی این مقررات حتی برای خود نمایندگی بریتانیا نیز به خوبی مشخص نبود. او تحت تأثیر این موضوع بود که هر گاه یک کشتی برگه پاکی سلامت از مأمورین ایرانی قرنطینه‌ای در بصره دارا باشد دیگر نیازی به احتیاطات بیشتر نخواهد داشت. از ماه مه ۱۸۷۶، نظارت شدید قرنطینه‌ای برای کشتی‌ها و مسافرینی که از بصره می‌آمدند انجام می‌گرفت؛ اما در تاریخ ۱۸ ژوئن ۱۸۷۶، زمانی که پریدوکس از مسئولین ایرانی سؤال کرد که آیا می‌تواند بار و محموله را در کشتی پستی قرار دهد، مسئولین ایرانی به او جواب مثبت دادند که این موضوع موجب تعجب بسیار شدید او شد^{۳۷۶}.

مورد دیگری که از جریانات اولیه قرنطینه محسوب می‌شود، در ۲۸ جولای ۱۸۹۰، روی داد. در این زمان وبا در بصره شایع شده بود. سعدالملک ترتیبات قرنطینه‌ای را در "یک جزیره، در سه یا چهار فرسنگی شهر" داد که تا مدت‌ها به قدرت خود باقی ماند^{۳۷۷}. در تابستان ۱۸۹۲، رخداد بیماری وبا در کرانه خلیج فارس روی داد، اما بوشهر با این که ماه‌ها به وسیله وبا احاطه شده بود فقط چند نفر ابتلایی داشت. این آمار کم

³⁷⁵ Rich 1839, pp. 199-201.

³⁷⁶ NA, FO 248/318, Captain W.J. Prideaux to Thomson, 08/06/1876.

³⁷⁷ Abbasi and Badi'i 1372, pp. 34-35.

بیماری به دلیل این بود که مسئولین محلی با همکاری لوبو (Lobo)، داروگر نمایندگی بریتانیا، قدم‌های زیر را برداشته بودند:

- تمیز کردن چاه‌های منطقه نیدی و بهمنی و حفاظت از آن‌ها
- تقویت و تجهیز اقدامات قرنطینه‌ای در دریا و خشکی
- ایجاد یک ایستگاه قرنطینه‌ای در «جزیره»^{۳۷۸}

در آگوست ۱۸۸۹، با مشاهده مواردی از بیماری، با برقراری اقدامات قرنطینه‌ای، از انتشار آن جلوگیری شد.^{۳۷۹} خرمشهر و بوشهر، در سال ۱۸۹۳، دوباره مورد تهدید وبا قرار گرفتند. به درخواست نمایندگی بریتانیا، دولت ایران در ماه‌های ژوئن و ژانویه، قرنطینه‌ای دایر کرد. حاج علی دباشی، یکی از مأمورین بندر، در اجرای این قرنطینه، بسیار کمک کار بود.^{۳۸۰}

همان‌گونه که از بحث و رخداد وبا و طاعون در بوشهر به روشنی آشکار می‌شود این تلاش‌های اولیه به شکل منظم به کار برده نشدند. از ژوئن ۱۸۹۳، همه این موارد تغییر کردند. در همان زمان، چاه‌های آب در محافظت قرار گرفتند و در نتیجه آن هیچ مرگ و میری در بوشهر در آن سال، در نتیجه همه‌گیری وبا، اتفاق نیافتاد؛ در صورتی که در همان زمان تعداد زیادی مرگ و میر در مسیر جاده بوشهر - شیراز روی داد.^{۳۸۱}

مرز جنوبی

در سال ۱۸۹۶، دولت ایران متوجه شد که باید درباره قوانین و مقررات قرنطینه‌ای قدم‌های جدی بردارد. در آغاز یک نماینده از جانب ایران مأمور رسیدگی و به کارگیری

³⁷⁸ NA, FO 248/567, J.A. Crawford, Resident to Kargozar Bushehr, 15/12/1893; Administration Report 1893-94, p. 11.

«جزیره» منظور جزیره عباسک است.

³⁷⁹ Administration Report 1889-90, p. 9.

³⁸⁰ Administration Report 1893-94, pp. 9, 11.

³⁸¹ Lorimer 1915, vol. 1, pp. 2525, 2528, 2542-43.

این قوانین گردید. پس از گفتگوهای طولانی با بریتانیا، تصمیم آن شد که یک دوره پنج روزه قرنطینه برای کشتی‌هایی که وارد لنگرگاه بوشهر می‌شوند و آلوده به بیماری نیستند، اعمال شود. کشتی‌هایی که آلوده به طاعون بودند، حق پیاده کردن مسافر و بار را نداشتند، اما در این مورد، بسته‌های پستی استثناء بودند. از آنجایی که عامل ایرانی نتوانست کار خود را به شکل رضایت بخشی انجام دهد، دولت ایران کار قرنطینه را در تاریخ ۲۳ اکتبر به دست پزشک نمایندگی بریتانیا در بوشهر سپرد. این اقدام در آغاز کار موجب ایجاد برخورد با مسئولین محلی شد که نمی‌خواستند منبع مهم درآمد خودشان را از دست بدهند^{۳۸۲}.

تحت چنین مدیریت جدید، دولت ایران مسئول موارد بهداشتی همه مناطق ساحلی و کرانه‌های خلیج فارس بود؛ در حالی که مأموران پزشکی که سیاست ایران را پیاده سازی می‌کردند، بریتانیایی بودند و با وام گرفتن از دولت هندوستان، این کار را انجام می‌دادند. ایستگاه‌های قرنطینه‌ای بودند که تجهیزات و وسایل ضد عفونی کننده داشتند که از جمله این مکان‌ها خرمشهر، لنگه، بندرعباس و جاسک را می‌توان نام برد. اما در بوشهر یک قرنطینه بزرگ وجود داشت. کارمندان این ایستگاه‌ها، اعضاء خدمات پزشکی هند (IMS) بودند و توسط پزشک نمایندگی بریتانیا در بوشهر سرپرستی می‌شدند؛ اما دستمزدهای آن‌ها توسط دولت ایران پرداخت می‌شد.

این افراد هیچ مسئولیتی پیرامون سلامت عمومی شهری که در آن مستقر بودند، نداشتند. اما در شهرهایی مثل بوشهر (از سال ۱۸۷۳)، لنگه (از سال ۱۹۱۲) و بندرعباس (از سال ۱۹۰۶)، دواخانه‌های بریتانیایی وجود داشتند. سرپرستان بریتانیایی قرنطینه هیچ وسیله‌ای برای توقف اعرابی که از همه‌گیری‌های آن طرف خلیج فارس می‌آمدند، نداشتند. گروه کارکنان بهداشتی متشکل از جراح نمایندگی بریتانیا، به

³⁸² Lorimer 1915, vol. 1, p. 2547.

عنوان مأمور ارشد بهداشت همراه با یک دستیار و شش دستیار جراح بود. جای مأمور ارشد پزشکی، بوشهر بود و اضافه بر آن همیشه دو پزشک نیز در بوشهر بودند. او گزارش‌های خود را به شورای بهداشت در تهران می‌فرستاد. از سال ۱۸۹۹، پزشکی ایرانی به نام زین‌العابدین خان برای پایش مسئولین بهداشتی بریتانیایی در کرانه خلیج فارس برگزیده شد. در ماه مه ۱۹۰۰، او با صدراالاطباء، جانشین شد ولی در ماه مه ۱۹۰۱ او نیز تعویض گردید^{۳۸۳}. مشخص نیست که آیا جانشینی به جای او تعیین شده بود یا نه ولی احتمال می‌رود که چنین جانشینی صورت گرفته باشد^{۳۸۴}.

برپایی قرنطینه دارای نتایج متنوعی بود. از سال ۱۹۰۴ تا ۱۹۰۵، به دلیل دستورالعمل‌های قرنطینه‌ای سخت‌گیرانه، بوشهر عاری از طاعون برجا ماند اما در همان زمان در نواحی اطراف و مناطق متصل به بوشهر، بیماری به صورت وحشیانه هجوم آورده و از مردم تلفات می‌گرفت^{۳۸۵}. ولی در سال‌های ۱۹۱۰ و ۱۹۱۴، با وجود اقدامات پیشگیرانه، دوباره بوشهر دچار بیماری طاعون شد^{۳۸۶}.

در دسامبر ۱۹۱۷، این شک وجود داشت که مواردی از وبا در کازرون دیده شده است. تفنگداران پلیس جنوب، اقدامات قرنطینه‌ای در دشت ارژن انجام دادند. همین اقدامات نیز در فوریه - مارس ۱۹۱۸، انجام شد یعنی زمانی که رخداد شدید وبا در روستاهای باده، در ۱۶ کیلومتری شرق شیراز، روی داد با هدف قرنطینه پیشگیری از رسیدن بیماری به مرکز استان بود^{۳۸۷}.

گرچه مسئولین ایرانی از شیوه‌ای که جراح نمایندگی بریتانیا، به عنوان مأمور

³⁸³ Administration Report 1907-1908, p. 18; Lorimer 1915, vol. 1, pp. 2548-49.

³⁸⁴ Administration Report 1906-1907, p. 14.

³⁸⁵ Administration Report 1904-1905, p. 2.

³⁸⁶ Trade Report 1910-11, p. 6; Political Diaries vol. 4, p. 95.

³⁸⁷ IOR/L/MIL/17/15/29, 'Despatch by Brigadier-General Sir P. M. Sykes, K.C.I.E., C.M.G., Inspector-General, South Persia Rifles and Commanding British Mission Escort in Persia on Minor Operations in Southern Persia. From 7th November 1917 to 31st March 1918', p. 6.

ارشد بهداشتی، در اجرای مقررات قرنطینه‌ای به خرج می‌داد، رضایت داشتند، ولی نمایندگان خارجی در تهران چندان رضایت خاطر نشان نمی‌دادند و یا این که این گونه وانمود می‌کردند. مقدار بودجه‌ای که دولت ایران هزینه می‌کرد بسیار پایین بود و به بیش از ۱۰۰ پوند در ماه بالغ نمی‌شد^{۳۸۸}.

بازرسی قرنطینه‌ای روی خشکی و یا دریا، در عرشه کشتی‌هایی که قصد ورود به بندر داشتند، انجام می‌گرفت. در روی خشکی، ایستگاه قرنطینه‌ای در خارج از شهر بود. کشتی‌هایی که کارکنان یا مسافریین طاعونی داشتند، می‌بایستی پرچم زرد بر می‌افراشتند. جهت ورود به بوشهر از لنگرگاه، کشتی‌ها در دریا به حدود یک ساعت وقت نیاز داشتند^{۳۸۹}. جراح نمایندگی بریتانیا مأمور سلامت بندر بود در حالی که به کارگیری مقررات قرنطینه‌ای از مسئولیت‌های مأمورین گمرک محسوب می‌شد. ایستگاه قرنطینه‌ای بوشهر همراه با «بیمارستان» در جزیره عباسک، در محل خور بوشهر، واقع شده بود^{۳۹۰}. قبلاً مدت توقف در قرنطینه برای کشتی‌هایی که از کراچی می‌آمدند ده روز بود ولی در سال ۱۹۰۷، این مدت زمان به نصف کاهش یافت.

کشتی بخار سریع‌السیر، فاصله بین کراچی تا بوشهر را چهار روزه طی می‌کرد. بنابراین، قبل از این که اجازه ورود و پیاده کردن بار و مسافر در بوشهر به دست آورد می‌بایستی یک روز تا یک و نیم روز صرف توقف در جزیره قرنطینه می‌کرد. ولی بنا به گزارش برادلی برت (Bradly Birt) کشتی‌هایی که از مسقط می‌رسیدند، مجبور بودند یک روز و نیم در جزیره اقامت داشته باشند^{۳۹۱}. یک مسافر آلمانی، ویژگی‌های جزیره قرنطینه را به عنوان مکانی متروک ترسیم کرده است. او به مدت دو روز در آنجا اقامت داشت^{۳۹۲}. طبق توصیف برادلی برت، جزیره قرنطینه یک دوزخ بود، مکانی برهوت

³⁸⁸ Administration Report 1905-1906, pp. 18-19.

³⁸⁹ Norden 1928, pp. 44-45.

³⁹⁰ Lorimer 1915, vol. 2, pp. 349, 341.

³⁹¹ Bradley-Birt 1910, p. 28.

³⁹² von Tzschirner-Tzschirne 1918, p. 158.

پراز شن و ماسه‌های باد آورده و رد طولانی از بنگله‌های کوتاه (تک سرا)، گروهی کلبه همراه با تک درخت خرما. رسیدن به جزیره کار ساده‌ای نبود خصوصاً زمانی که دریا متلاطم می‌شد.

مسافری می‌بایستی خودشان را از کشتی بخار به یک قایق بادبانی کوچک یا بغله پرت می‌کردند. زمانی این کار را انجام می‌دادند که یک موج بلند این قایق بادبانی را به بالا پرت می‌کرد. پس از آن که قایق بادبانی به نزدیکی جزیره می‌رسید، مسافر می‌بایستی به یک قایق کوچک پارویی که تنها گنجایش یک مسافر همراه با دو ملوان داشت، منتقل می‌شد. زمانی که قایق پارویی به ساحل جزیره می‌رسید، "مسافر خود را به دو ملوان می‌سپارد، او دستان خود را به گردن آن دو ملوان عرب تنومند حلقه می‌زد و با یک وضع ناموقر آن‌ها او را تا خود ساحل او را می‌رسانند". ایستگاه قرنطینه "ساختمانی با عجله ساخته شده و خشن بود و تجهیزات آن فقط برای یک اقامت کوتاه اجباری مناسب بود". کارمندان آن دو نفر ایرانی بودند. برای اقامت مسافران آسیایی، کلبه‌های کوچکی موجود بودند و برای اروپاییان، ساختمانی کوچک به نام بنگله، تعیین شده بود. به غیر از این دو، ساختمان‌های دیگری به چشم نمی‌خورد.

یک دستگاه زباله سوز جهت سوزاندن لباس‌های افرادی که به طاعون آلوده بودند، تهیه شده بود. در فصل سرما، مسافری از سرما آزرده می‌شدند و چون هیچ وسیله گرم کننده‌ای وجود نداشت، مجبور بودند که تا می‌توانند لباس بپوشند. پس از پایان مدت قرنطینه‌ای، قایق‌های مسافربر برای بردن مسافری به بوشهر، جهت بازرسی‌های نهایی، می‌آمدند. در بوشهر همه به صورت مساوی معاینه و مورد بازرسی قرار نمی‌گرفتند. برای اروپاییان یا به اصطلاح سفید پوستان، معاینات دکتر فقط تشریفات و فرمالیته بود، ولی معاینات آسیایی‌ها و رنگین پوستان یک کم کمتر سرسری انجام می‌گرفت.^{۳۹۳} تفاوت گذاشتن بین انگلیسی و غیرانگلیسی شکاف ایجاد کرد: بر اساس

32-34, (برای توصیف جزیره) Bradley-Birt 1910, pp. 28-29³⁹³

مشاهده دو ویل مورین (Devilmorin) در سال ۱۸۹۵، حاکم ایرانی، بندر را بر روی همه کشتی‌ها بست که حتی شامل شناورهای ایرانی نیز می‌شد ولی در همان زمان به کنسول بریتانیا اجازه داد تا کشتی‌های بریتانیایی و نه کشتی‌های دیگر، وارد لنگرگاه بندر شوند^{۳۹۴}.

بر اساس پایلوت خلیج فارس (The Persian Pilot)، با ارجاع به وضعیت سال ۱۹۱۸، مقررات قرنطینه در بوشهر، به شدت اعمال می‌شد و گاهی نیز با جریمه‌هایی سخت همراه بود. «مسافرینی که از خروج آن‌ها از بمبئی کمتر از ده روز می‌گذرد و آن‌هایی که از بندر آلوده می‌آیند در اینجا (جزیره عباسک) پیاده می‌شدند که موجب ناراحتی و نارضایتی زیاد آن‌ها می‌شد، آن‌هایی که اجازه داده می‌شد قرنطینه شان در روی کشتی انجام گیرد می‌باید معادل افرادی که در بندر پیاده می‌شوند، عوارض پرداخت نمایند. دریافت این عوارض به منظور نگهداری از تأسیسات و تجهیزات قرنطینه است»^{۳۹۵}.

در سال ۱۹۱۵، ایستگاه قرنطینه بوشهر، به طور کامل، بازسازی شد. با این حال، در سال ۱۹۲۸، کل ساختمان‌های قرنطینه در شرایط ناهنجاری قرار داشتند، به ویژه کمبود امکانات جداسازی و درمان موارد بیماری‌ای که ممکن بود در میان کسانی که قرنطینه شده‌اند رخ می‌داد، محسوس بود. گندزدایی بومن (Bowman)، در بوشهر نیاز به بازبینی و تعمیر کلی و دوباره راه اندازی داشت. این کار در سال ۱۸۲۷، با هزینه دولت بریتانیا انجام گرفت^{۳۹۶}.

³⁹⁴ De Vilmorin 1895, p. 350.

³⁹⁵ US Navy 1920, p. 267.

³⁹⁶ Administration Report 1915, p. 10; Administration Report 1926, p. 6; Administration Report 1927, p. 8.

جدول ۳-۱: بازرسی های قرنطینه‌ای در بوشهر ۱۹۰۷-۱۹۲۴

سال	شمار کشتی‌های با نیروی بخار	شمار ملوانان عرشه	شمار مسافریں عرشه	شمار مسافریں پیاده شده در بندر	جمع کل نفرات مورد بازرسی
۱۹۰۷-۸	۴۶۹ (شامل بادبانی)	-	-	-	۴۳۱۵۵
۱۹۰۸	۲۸۱	۲۰۱۴۵	۱۱۶۴۳	-	۳۱۷۸۸
۱۹۰۹	۳۰۵	۱۸۶۹۷	۲۳۱۰۱	-	-
۱۹۱۰	۳۲۳	۲۳۷۱۵	۲۱۵۵۱	۴۳۹۸	-
۱۹۱۱	۳۴۵	۲۵۶۶۶	۲۶۸۴۰	۶۸۲۸	-
۱۹۱۲	۳۸۶	۲۸۲۹۶	۴۳۹۴۱	۳۰۹۶	-
۱۹۱۳	۳۷۰	۲۹۳۵۶	۴۴۹۷۶	۷۹۵۱	-
۱۹۱۴	۳۱۷	۲۵۳۹۶	۲۹۱۱۲	۵۷۰۵	-
۱۹۱۵	۲۵۹	۲۴۱۵۱	۹۲۲۵	۳۱۲۴	-
۱۹۱۶	۲۱۲	۱۸۱۲۰	۱۵۵۸۲	۲۳۶۸	-
۱۹۱۷	غیرقابل دسترس	غیرقابل دسترس	غیرقابل دسترس	غیرقابل دسترس	-
۱۹۱۸	۱۷۰	۱۳۲۰۸	۱۵۱۷۱	۳۳۹۳	-
۱۹۲۰	۲۹۳	۲۶۳۴۱	۷۱۸۸۱	۱۳۵۱۴	-
۱۹۲۱	۳۳۱	۳۲۴۲۱	۸۸۵۴۰	۵۵۸۰	-
۱۹۲۲	۳۱۹	۳۸۹۲۱	۹۵۱۹۵	۵۷۲۱	-
۱۹۲۳	۳۴۱	-	-	۵۱۷۵	-
۱۹۲۴	۳۵۵	۳۴۵۵۳	۴۱۰۴۳	۳۶۶۱	-

Administration Report 1906-1907, p. 14; Administration Report 1908, p. 12 (April-Dec);
Administration Report 1909, p. 17; Administration Report 1910, p. 20;
Administration Report 1911, p. 28; Administration Report 1912, p. 34;
Administration Report 1913, p. 35; Administration Report 1914, p. 13;
Administration Report 1915, p. 10; Administration Report 1916 p. 10;
Administration Report 1918, p. 9; Administration Report 1920, p. 8;
Administration Report 1921, p. 9; Administration Report 1922, p. 9;
Administration Report 1923, p. 14; Administration Report 1924, p. 10.

در مکان‌های دیگر خلیج فارس، همچون جاسک، خرمشهر، بندرعباس و لنگه نیز ایستگاه‌های قرنطینه‌ای وجود داشتند (جدول ۳-۲). در سال ۱۹۲۴، "در این مکان‌ها ساختمان قرنطینه رضایت بخش نبود، و به استثناء یک تک اطاق، ساختمان در اثر بارندگی‌های زیاد عملاً به پشته‌ای از آوار تبدیل شده بود". در همان سال، کارمندان و مأمورین بریتانیایی قرنطینه به طور نامنظم حقوق دریافت می‌کردند و بعضی وقت‌ها تا شش ماه حقوق دریافت نکردند.^{۳۹۷} در سال ۱۹۲۶، دولت بریتانیا به دولت ایران اطلاع داد "از این پس حاضر نیست دستور هزینه کرد سرمایه‌ای در ارتباط با ساخت و یا هزینه‌های نگهداری قرنطینه در خلیج فارس صادر کند". در همان زمان، مأمور ارشد قرنطینه خلیج فارس، به مجلس حفظ الصحه در تهران، گزارش داد یک عضو بریتانیایی در این قرنطینه حضور دارد. در سال ۱۹۲۷، متوسط هزینه خدمات قرنطینه‌ای سالانه مبلغ ۲۲۰۰۰۰ قران بود که دولت ایران، از این مبلغ، ۱۸۰۰۰۰ قران را پرداخت می‌کرد.

به همین جهت، پرداخت حقوق و دستمزد مأمورین همیشه به شکل معوقه اتفاق می‌افتاد. بقیه هزینه‌ها که مبلغ ۱۲۰۰۰ روپیه بود، بین هند و دولت بریتانیا، تقسیم می‌شد. دولت ایران دریافت بریتانیا دوست دارد ایران مسئولیت (در این مورد مسئولیت مالی) بیشتری به عهده بگیرد تا سیستم قرنطینه در خلیج فارس عملیاتی بماند. از این بالاتر این که در همان سال که کنفرانس بین‌المللی بهداشت در پاریس برگزار گردید، ایران پا را فراتر گذاشت و سعی کرد بفهماند توانایی عملیاتی نمودن و نگهداری خدمات بهداشتی بدون دخالت خارجی‌ها را دارد. اما همایش این موضوع را نپذیرفت و ایران از سازش و مصالحه امتناع ورزید. به عبارت دیگر امور بهداشتی خلیج فارس می‌باید بین ایران و بریتانیای کبیر مورد مذاکره قرار می‌گرفت. بنابراین، ایران در ماده ۹۰ اجلاس ۱۹۱۲ که درباره همین موضوع بود، یک قید و شرط گذاشت.

³⁹⁷ Administration Report 1915, p. 10; Administration Report 1926, p. 6; Administration Report 1927, p. 8.

در ژانویه ۱۹۲۷، ایران درخواست نمود تا خدمات قرنطینه‌ای جنوب به پزشکان ایرانی انتقال داده شود. ولی نمایندگی بریتانیا در بوشهر، موضوع را به مذاکرات سال ۱۹۲۶ همایش پاریس، ارجاع داد. در آوریل ۱۹۲۶، دستیار نمایندگی بریتانیا «با نظارت اسمی» بر خدمات قرنطینه موافقت نمود. کاردار سفارت بریتانیا در تهران با بیان این که این جریان می‌باید موضوع گفتگوهای دیپلماتیک بین دو دولت قرار گیرد، آن را نپذیرفت. این موضوع موجب خسارت گردید و ایران از آن سود جست. در آوریل ۱۹۲۷، در مجلس حفظ الصحه، عنوان شد که از این پس، مدیر بهداشتی جنوب (مستقر در شیراز)، به عنوان سرپرست قرنطینه جنوب، منصوب می‌شود و به مأمور پزشکی قرنطینه خلیج فارس دستور داده شد از این پس به او گزارش دهد.

با همه گیری وبا در آبادان و خرمشهر، مجلس حفظ الصحه تصمیم گرفت سرپرست ایرانی قرنطینه جنوب می‌باید در مورد این که چه بندری باز بماند، تصمیم گیرنده باشد و از پزشکان بریتانیایی و ایرانی درخواست شود که با هم همکاری کنند. سفارت انگلیس با چنین تصمیمی موافقت کرد. فرض بر این گذاشته شد که سرپرست ایرانی با مأمور ارشد پزشکی قرنطینه، قبل از هر تصمیمی، مشورت کند^{۳۹۸}. نماینده بریتانیا در بوشهر علیه این موضوع بحث و استدلال کرد. او انکار نکرد که در آن زمان پزشکان ایرانی دارای شایستگی بالایی بوده و می‌توانند کاری که پزشکان بریتانیایی انجام می‌دهند، به سادگی به عهده بگیرند ولی در این شک داشت که آیا پزشکان ایرانی مایل خواهند بود که در مناطق خیلی گرم گرمسیری، خدمت کنند یا نه؟

همچنین با اشاره به شرایط رقت بار قرنطینه در قصر شیرین، نماینده بریتانیا درست یا نادرست بر این باور بود که ایران بودجه کافی و زیرساخت پزشکی برای راه اندازی سیستم قرنطینه‌ای سالم و کارآمد را ندارد. افزون بر این، به اعتقاد او، کارکنان بریتانیایی قادر بودند مؤثرتر کار کنند. نمونه‌ای از آن جریان در زمان رخداد

³⁹⁸ IOR/L/PS/18/B394, J.G. L. "نظارت قرنطینه در خلیج فارس" Indian office 09/09/1928.

بیماری وبا در آبادان در سال ۱۹۲۷ دیده شده بود. پس از بی‌علاقگی اولیه مسئولین ایرانی، سرانجام تهران پزشکیانی همراه با وسایل و تجهیزات واکسیناسیون با هواپیما به بوشهر فرستاد. اما آمدن این اشخاص و وسایل با هواپیما به بوشهر، کندتر از پست سریع‌السیر از بمبئی انجام گرفت. چرا که وقتی هواپیما در تاریخ ۲۱ آگوست فرود آمد، ۲۸ روز از همه‌گیری وبا می‌گذشت؛ در صورتی که تا آن زمان پزشکان بریتانیایی، ۱۵۰۰۰ مورد واکسیناسیون انجام داده بودند و دیگر نیاز چندانی به آمدن داروهای ایرانی که پس از رخداد بیماری وبا تولید شده بودند، نبود^{۳۹۹}.

از طرف دیگر، در آن زمان، همکاری بین ایران و بریتانیا در بندرعباس بهتر بود. در آگوست ۱۹۲۷، وبا در میناب شایع شده بود و موجب وحشت مردم گردید؛ به طوری که جمعیت به هر سو فرار می‌کردند و همین موضوع باعث تشدید انتشار بیماری شد. آن‌ها بیماری را با خود به اطراف و اکناف بردند. در آن زمان، تهران، بلافاصله پزشکان را با مقدار زیادی واکسن با هواپیما (از طریق بوشهر) فرستاد. تیم پزشکی مشترک ایران و بریتانیا، بیش از ۱۰۰۰۰ نفر را در بندرعباس و روستاهای اطراف و جزایر، واکسینه کرد. همچنین یک اردوگاه نظارتی، در هشت کیلومتری بندرعباس دایر شد تا از ارتباط با منطقه آلوده پیشگیری شود.

در نتیجه، از رخداد بیماری وبا در بیرون از میناب اجتناب گردید. در میناب بین ۴۰۰۰ تا ۵۰۰۰ نفر در اثر بیماری وبا تلف شده بودند^{۴۰۰}. مدیر کل اداره بهداشت، در تهران، با ارزیابی نمایندگی بریتانیا در مورد ظرفیت پزشکی ایران، موافقت کرد. او به کاردار سفارت بریتانیا اطلاع داد که با در نظر گرفتن این واقعیت که ایران فعالیت‌های قرنطینه‌ها در بنادر دریای مازندران را از روس‌ها تحویل گرفته، انجام کار مشابه‌ای در جنوب ایران، به دلیل نداشتن پزشکان شایسته، مشکل به نظر می‌رسد. بنابراین، از بریتانیای کبیر درخواست

³⁹⁹ FO 486/81، مکتبۀ بعدی پیرامون ایران، July-December 1927، Consul-general Haworth، Bushehr to Clive، Tehran. 12/09/1927، pp. 155-57؛ see also Idem pp. 204-06.

⁴⁰⁰ Administration Report 1927، pp. 17-18.

نمود شرایط فعلی را ادامه دهد؛ مشروط به این که زیر نظارت اداره سلامت در تهران باشد. سر رابرت کلیو (Sir Robert Clive)، کاردار سفارت بریتانیا در تهران، به لندن و دهلی اطلاع داد این پیشنهاد را قبول کنند، به شرط این که ایران در گزینش پزشکان انگلیسی دخالت نکند و کارکنان قرنطینه قادر باشند امور جاری خود را بدون دخالت ایران انجام دهند و دولت ایران به طور مرتب حقوق و دستمزد کارکنان و سهمیه بازنشستگی و حقوق دوره مرخصی را بپردازد. در عین حال نمایندگی بریتانیا در بوشهر به جای این که گزارشی به سرپرست قرنطینه‌های جنوب در شیراز بفرستد آن‌ها را مستقیماً به شورای بهداشتی یا اداره سلامت بدهد. در ژانویه ۱۹۲۸، کمیسیون بودجه در تهران، پیشنهاد کرد ردیف پرداخت به مأمورین پزشکی بریتانیایی را حذف کند. این موضوع خلاف خواست مدیر کل اداره سلامت بود. در عین حال، مدیر کل بهداشت از بریتانیا درخواست نمود تا متعهد شود که پزشکان بریتانیایی را در دسترس قرار دهد، زیرا مجلس می‌بایست قرارداد آن‌ها را تصویب و تأیید نماید. سفارت بریتانیا جواب داد قرارداد باید بر اساس پیشنهاد کلیو (Clive)، برای هفت سال ادامه داشته باشد.

در فوریه ۱۹۲۸، کمیسیون بودجه اعلان کرد پزشکان انگلیسی می‌بایست تا آخر سال با پزشکان ایرانی جایگزین شوند. مدیر کل اداره سلامت، درخواست نمود تا یک یا دو پزشک انگلیسی نگه داشته شوند و دهلی اعلان کرد علاقمند ادامه کار یکی از این پزشکان در خرمشهر است. ولی در ماه مه ۱۹۲۸، اطلاعاتی دریافت شد مبنی بر این که پزشک ایرانی برای جایگزینی پزشک بریتانیایی در راه خرمشهر می‌باشد. تیمورتاش، وزیر دربار قول داد دستورات لازم را صادر کند تا پزشک بریتانیایی مجبور نباشد خانه خود را بلافاصله ترک و تخلیه نماید. از جانب دیگر، پزشک ایرانی باید با شرکت نفت ایران - انگلیس همکاری داشته باشد.

دولت هند به شدت اعتراض کرد و حتی تهدید نمود که راه آهن دزدآب را جمع آوری می‌کند. با اعتقاد به این که مشکل ایران مالی بود، دهلی پیشنهاد کرد خدمات

قرنطینه‌ای را تا ۶ ماه تأمین مالی نماید تا دولت ایران طبق اجازه‌ای که مجلس به آن داده است، بتواند دستیار پزشک خارجی به خدمت بگیرد. تیمورتاش به کلیو گفت در این مورد او نشانه‌ای از سیاست ضد بریتانیایی در تصمیمات ایران نمی‌بیند؛ فقط مجلس ایران، قراردادهایی که با پزشکان انگلیسی بسته می‌شد را دیگر تأیید نمی‌کند.

تیمورتاش اضافه نمود که او خود شخصاً کارهایی را که پزشکان بریتانیایی انجام داده‌اند، مورد تقدیر قرار خواهد داد. کلیو به لندن و دهلی نوشت ایران حق دارد خدمات قرنطینه‌ای در ناحیه خلیج فارس را در دست داشته باشد. از طرف دیگر، از دخالت و لحن شدید تیمورتاش در ۱۳ جولای ۱۹۲۸، آزرده خاطر شد. در آن تاریخ، تیمورتاش بیان داشت "ایران می‌باید اجازه داشته باشد حتی با استفاده از زور، همهٔ امور قرنطینه‌ای سواحل خلیج فارس را در دست داشته باشد". دلیل این طغیان، رفتار لینکلن (Lincoln)، مأمور قرنطینه‌ای خرمشهر بود که بنا به دستور رسیده از دهلی اجازه نداشت امور قرنطینه را به جانشین ایرانی خود واگذار نماید.

در همان زمان نیز چهار پزشک ایرانی برای کار در قرنطینه‌های بوشهر، لنگه، بندرعباس و جاسک فرستاده شده بودند. دولت هند با بی‌میلی و در عین اعتراض، خدمات قرنطینه‌ای را به دست ایرانیان سپرد ولی در عین حال به مأمورینش دستور داد به جانشینان ایرانی خود یاری رسانند. به نظر می‌رسد کلیو ترتیبی داده بود مأمورین بریتانیایی برای ۶ ماه دیگر اقامت داشته باشند تا روشن شود آیا سیستم قرنطینه به خوبی پیاده سازی خواهد شد و سازمان جدید شروع خوبی را خواهد داشت؟ در نهایت در ۲۸ جولای ۱۹۲۸، خدمات قرنطینه به ایران واگذار شد^{۴۰۱}. در چهارم آگوست ۱۹۲۸، خدمات قرنطینه‌ای که شامل کارکنان ایرانی و وسایل و همهٔ تجهیزات می‌شد، به طور رسمی، به ایران واگذار شدند. کارکنان ایرانی قرنطینه بوشهر شامل یک سرپرست (مأمور ارشد پزشکی

⁴⁰¹ IOR/L/PS/18/B394, J.G. L. "نظارات قرنطینه در خلیج فارس"، India Office 09/09/1928.

قرنطینه)، دو نفر مأمور پزشکی قرنطینه و ۱۲ نفر فراش قرنطینه بودند. آنان یک قایق موتوری جهت بازرسی شناورها داشتند که اداره گمرک در اختیارشان گذاشته بود. پس از آن، در همان سال، اعضاء قرنطینه، به یک مأمور ارشد پزشکی قرنطینه، یک مأمور پزشکی قرنطینه و ۶ نفر فراش قرنطینه، کاهش یافت^{۴۰۲}. در یکم آگوست ۱۹۲۸، دکتر «محمد علی خان مؤید حکمت» جانشین ستوان مک کی (Mackey) شد که در هفت سال گذشته مأمور پزشکی قرنطینه بندرعباس بود. پس از مدتی کوتاه پس از آن، دکتر مؤید، شورای بهداشت در تهران را وادار نمود تا بمبئی و کراچی را مناطق آلوده به وبا اعلام کند.

بر خلاف الزامات اجلاس بهداشتی پاریس و ونیز، کشتی‌های بخار پُست آهسته رو هند و بریتانیا را وادار کردند تا برای کسب مجوز ورود به بنادر، بدون تماس با بندرعباس و دیگر بنادر ایرانی، در مسیر از بمبئی، مستقیماً به بوشهر بروند. کشتی‌های پستی تنها آخر اکتبر اجازه داشتند به خشکی بیایند یعنی زمانی که بنا به دستور تهران قوانین پاریس بر روی شناورهایی که از بنادر آلوده می‌آمدند، به کار گرفته شدند^{۴۰۳}.

در اکتبر ۱۹۳۱، همه‌گیری وبا در اهواز روی داد. پست‌های قرنطینه‌ای در میان اقدامات دیگر در اهرم و دیلم برقرار شدند و همه رفت و آمدها میان خوزستان، شیراز

⁴⁰² Administration Report 1928, p. 12.

⁴⁰³ Administration Report 1928, p. 29.

دکتر مؤید در ۲۱ نوامبر ۱۹۳۰ به کرمانشاه انتقال یافت و دکتر علی خان احمدی از بوشهر جانشین او شد. او «خیلی کاردان بود و در کارش که بازرسی پزشکی کشتی‌های انگلیسی بود، وظیفه‌شناس بود».

Administration Report 1930, p. 22.

در سال ۱۹۳۱ نام دکتر حمیدی آمده ولی در سال ۱۹۳۲، دوباره به دکتر احمدی تغییر یافته است یعنی زمانی که در ۱۴ اکتبر به طور موقت دکتر نورالهدی اشرف جانشین او شد. در دسامبر ۱۹۳۳ دکتر علی خان احمدی به تهران فراخوانده شد زیرا متهم بود که از بودجه به طور نادرست استفاده کرده و بنابراین دکتر اشرف جای او را گرفت.

Administration Report 1931, p. 27; Idem 1932, p. 24; Idem 1933, p. 27.

دکتر طبیب زاده جایگزین دکتر اشرف شد که تا ۲۷ فوریه ۱۹۳۵ خدمت کرد و با دکتر مرتضی خان فارسی (فارسی؟) جایگزین شد.

Administration Report 1934, p. 31.

و بوشهر، متوقف شدند^{۴۰۴}.

در ۱۹۳۳، در بوشهر، قرنطینه‌ای بر علیه طاعون و وبا در طی ماه‌های مارس و جولای، به ترتیب بر کشتی‌های بخاری که از جانب بمبئی می‌آمدند، برقرار شد. این محدودیت‌ها در ۲۱ نوامبر برداشته شدند^{۴۰۵}.

در فوریه ۱۹۳۵، قرنطینه و اداره سلامت بوشهر، ساختمان کنسولگری قبلی آلمان را تعمیر کرد تا از آن برای استفاده مسافرینی که از طریق هوایی وارد بوشهر می‌شدند، استفاده کند^{۴۰۶}. از ۱۸ مارس ۱۹۳۵، مقررات قرنطینه‌ای برای جلوگیری از انتشار وبا برای شناورهایی که از بمبئی می‌آمدند، اعمال شد ولی یکم آوریل آن را برداشتند^{۴۰۷}. بین ۲۲ سپتامبر و ۲۸ اکتبر ۱۹۳۷، علیه بیماری طاعون در بندرعباس، مقررات قرنطینه اجرا گردید^{۴۰۸}.

در سال ۱۹۴۱، آبله در دشتی شایع شد. در همان زمان جهت تعمیر ایستگاه قدیمی قرنطینه، واقع در جزیره عباسک، به اداره سلامت، بودجه‌ای داده شد^{۴۰۹}. در تاریخ ۱۹۴۳ تصمیم بر آن شد که برای ایستگاه قرنطینه بوشهر، اسکله جدیدی، احداث شود. اما مشخص گردید که سیمان‌ها و مصالح دیگر که در جزیره گذاشته شده بودند همگی با آب خراب شده‌اند، به همین جهت برای تکمیل اسکله به اعتبار جدیدی نیاز

^{۴۰۴} در آن زمان دکتر ابوالقاسم بهرامی رئیس بهداشت و قرنطینه فارس و بنادر خلیج فارس بود؛ او به شیراز حرکت کرده بود و به همین دلیل هفته نامه‌ای که در بوشهر چاپ می‌شد، به شدت از او انتقاد به عمل آورد.

Bushire Residency and Consulate-General Persian Diary no. 10 for the month October 1931, p. 1, IOR/L/PS/12/3712, Coll 30/5 'Persian Gulf: Diaries, Bushire Residency (Persia), Jany [sic] - Dec. 1940'.

^{۴۰۵} Political Diaries vol. 11 (1934-35), p. 308.

^{۴۰۶} Political Diaries vol. 11 (1934-35), p. 412.

^{۴۰۷} Political Diaries vol. 11 (1934-35), pp. 441, 478.

^{۴۰۸} Administration Report 1937, p. 34.

^{۴۰۹} IOR/L/PS/12/3713, Persian Gulf Diaries, Bushire 1941, p. (no. 118).

در آن سال، دکتر قوامی با دکتر سیادت به عنوان مدیر بهداشت و قرنطینه جایگزین شد. پس از رخداد تیفوس، قرنطینه در حیات داوود تقویت گردید؛ بیماری محدود نگه داشته شد.

بود^{۴۱۰}. تا سال ۱۹۴۷، مقررات قرنطینه در بوشهر هنوز هم به وسیلهٔ مأمور قرنطینه که از جانب وزارت بهداشت برگزیده شده بود و خود بندر، مورد نظارت قرار می‌گرفت^{۴۱۱}.

مرز شمالی

از آنجایی که طاعون و وبا گاهگاهی از طریق ایران به روسیه و ماوراء آن انتشار می‌یافت، مسئولین روسیه با نگرانی این موضوع را پیگیری می‌کردند. بنابراین، هر زمان که وبا و یا طاعون در ایران رخ می‌داد، دولت روسیه کمر بند محافظتی بهداشتی به وجود می‌آورد. این همان جریانی بود که در سال ۱۸۷۷ روی داد یعنی زمانی که به دلیل وجود طاعون در رشت، دستور ایجاد قرنطینه صادر شد. گرچه بیماری منحصر به رشت بود، ولی روسیه کمر بند حفاظتی بهداشتی خود را در مرز روسیه، و در هر دو مرز جلفا و نخجوان دایر نمود^{۴۱۲}. چنین موردی در سال ۱۸۹۷ نیز رخ داد. در آن زمان بر سر زبان‌ها افتاد که در بمبئی و به همین ترتیب در خلیج فارس، احتمال رخداد بیماری طاعون می‌رود و در نتیجه روسیه بی‌درنگ هیئت بهداشتی را به بندر گز فرستاد که چنانچه بیماری خود را نشان داد آن را مهار کنند^{۴۱۳}.

افزون بر این، روسیه مرز ایران و افغانستان را از ناحیهٔ کاریز تا ترشیز (تربت حیدریه) بست که به کمر بند حفاظتی تربت حیدریه معروف گردید. مسافرین و کالاهای تجاری تنها می‌توانستند پس از بازرسی پزشکی در ایستگاه قرنطینه کاریز، عبور کنند. چنانچه مسئولین ایرانی می‌خواستند می‌توانستند قرنطینه‌ای در تربت حیدریه ایجاد کنند به

⁴¹⁰ Political Diaries, vol. 16, p. 397.

⁴¹¹ NA, FO 371/15473.

در ماه می ۱۹۳۶، آقای بزرگمهر، معاون مدیرکل ادارهٔ بهداشت در تهران، برای بازرسی از قرنطینه و ادارهٔ سلامت بندرعباس، میناب و قشم یک سفر دوره‌ای انجام داد.

Administration Report 1936, p. 32.

⁴¹² Serena 1883, p. 2 (از او به عنوان یک مراقب بهداشتی یاد شده است).

⁴¹³ Kalmykov 1971, p. 96. بنگرید. Lorimer 1915, vol. 1, p. 2547.

شرط این که تحت نظارت و بازرسی افسران ارتش و پزشکان روسی باشد. کمربند حفاظتی یا مانع بهداشتی در خراسان برای سال‌های متمادی بر جای ماند. گفته شده که به دلیل آزار و اذیت روس‌ها نسبت به بازرگانان بریتانیایی و افغانی در کاریز، دولت بریتانیا تصمیم گرفت یک دفتر کنسولی، جهت جلوگیری از چنین فعالیت‌هایی، در تربت حیدریه دایر کند. نگرانی دیگر که موجب پریشان حالی فراوان در میان مسئولین هندی و بریتانیایی می‌شد، فزونی حضور نظامی روس‌ها در مناطق مرزی بود.

از آن مهم‌تر حضور روسیه در منطقه موسی آباد، منطقه مورد ادعای روسیه، ایران و افغانستان بود. در تاریخ ۱۸۹۷ بین افغان‌ها و سربازان روسی جنگی در گرفت که مشکل با جایگزینی سربازان ایرانی به جای روس‌ها حل و فصل گردید. اما این ماجرا موجب نظامی شدن سیاست قرنطینه شد. کمربند حفاظتی تربت حیدریه پس از ناپدید شدن بیماری طاعون همچنان بر جای ماند، زیرا اصلی‌ترین هدف آن ضربه زدن و تخریب تجارت و بازرگانی بریتانیا بود. بنابراین، دولت بریتانیا در ۱۹۰۴، یک کنسولگری برای جلوگیری از چنین اعمالی دایر کرد^{۴۱۴}.

پل روک بلژیکی (Paul Raucy) مأمور رسمی گمرک بندرعباس از سال ۱۹۰۳ تا ۱۹۰۴ سرویس خدمات قرنطینه‌ای در بندر انزلی دایر نمود^{۴۱۵}. د. آلمانی (Henry d'Allmagne)، می‌نویسد در ۱۹۰۷، انزلی دارای فقط دو هتل بود که یکی از آن‌ها بسته و دیگری از طرف مسئولین بهداشت برای کنترل مسافری که از جانب باکو می‌آمدند تبدیل به قرنطینه شده بود^{۴۱۶}. در ۱۹۰۷، در کرانه دریای مازندران، تنها یک پزشک فرانسوی به عنوان مأمور قرنطینه وجود داشت که در بندر انزلی مستقر بود. همانند بوشهر، در اینجا نیز درمان نسبت به شرایط مالی بیمار متفاوت بود. بنا به

⁴¹⁴ Tchalenko 2006, pp. 36-39; Elgood 1951, p. 528; Tavili 1371, p. 209.

⁴¹⁵ Tavili 1371, vol. 2, p. 208; Destrée 1976, pp. 117, 346.

Floor 2009, pp. 45-49. بنگرید. خراسان، بریتانیایی با

⁴¹⁶ d'Allemagne 1911, vol. 4, p. ??

دستور آن پزشک، مسافرانی که سوار قسمت ارزان قیمت کشتی بودند (به اصطلاح قرنطینه روی کشتی)، بازداشت می شدند. مسافری کابین ها (اتاق های کشتی) اجازه پیاده شدن داشتند و تحت نظارت نگهبانان کشیک در هتل می ماندند. البته این تفاوت ها موجب آزردن خاطر شدن مسافری و زوار می شد و از این رو یک بار مسافران کشتی نگهبان های قرنطینه را کتک زدند و فرار کردند^{۴۱۷}.

پس از این ماجرا یک پزشک ارمنی، آموزش دیده در اروپا، به نام سهراب، مأمور ایستگاه قرنطینه و بهداشت شهر شد^{۴۱۸}. در ۱۹۰۷، مجلس حفظ الصحه پیشنهاد داد خدمات قرنطینه ای همانند آن چه در خلیج فارس وجود داشت، در بنادر دریای مازندران نیز تأسیس شود. به دلیل شیوع بیماری وبا در روسیه که موجب انتشار آن در ایران می شد، مرگ و میر زیادی در اردبیل، همدان و کرمانشاه اتفاق افتاد، این پیشنهاد به هنگام بود. دولت ایران با وجود همه مشکلاتی که داشت، مبلغ ۲۰۰۰۰ تومان برای فراهم آوردن این قرنطینه، پزشکان و داروها، اختصاص داد^{۴۱۹}. گفتگوهای منظمی درباره تأسیس خدمات بهداشتی در بنادر دریای مازندران که همه ساله با بیماری وبای وارد شده از روسیه تهدید می شدند، وجود داشت. اعضاء ایرانی مجلس حفظ الصحه پافشاری داشتند که پزشکان می باید ایرانی باشند. اما بنا به گفته های نلیگان (Nilgan)، پزشک سفارت بریتانیا و یکی از اعضاء شورا، در ایران به سختی پزشکانی شایسته یافت می شدند که قادر به انجام این کار باشند.

چند بار این گزینه مطرح شده بود امکان دارد دولت روسیه سیستم قرنطینه ای را همان گونه که بریتانیا در جنوب ایران دایر کرده بود، به وجود آورد. بریتانیا چنین طراحانی را نمی پسندید چرا که ترس داشت در صورت وقوع آن مالیات های قرنطینه ای

⁴¹⁷ Ross 1921, p. 13.

⁴¹⁸ Tavili 1371, P. 209.

⁴¹⁹ Elgood 1951, p. 531.

زیادی تصویب شود و اگر این موضوع رخ می‌داد ایران مسلماً همین مالیات‌ها را در جنوب نیز مطرح می‌کرد. "این بهانه‌ای به دست ایران خواهد داد تا در اموری از خلیج فارس که اکنون در دست ندارد سهمیم شود و همچنین بر بار مأموران قرنطینه بیفزاید"^{۴۲۰}.

به خاطر همه‌گیری وبای شدید در روسیه، در آخر ماه جولای ۱۹۱۰، مجلس حفظ الصحه تصمیم گرفت مجموعه‌ای ایستگاه‌های قرنطینه، در آستارا و انزلی، بندر گز، مشهدسر در ناحیه مازندران، جلفا، شاه تخت و خدا آفرین، در مرز قفقاز، باجگیران، سرخس و خاکستر دایر کند. روسیه نیز پیشنهاد داد تا سه ایستگاه دیگر در مرز شرقی دریای مازندران ایجاد شود. پزشکان و داروهای لازم به همه ایستگاه‌ها فرستاده شدند. به همین ترتیب، تصمیم گرفته شد یک پست نظارتی در منجیل به وجود آید. با توجه به وجود آمدن مشکلاتی در ۱۹۰۴ در کرمانشاه مجلس حفظ الصحه از دولت درخواست کرد تا به علما گوشزد کند به ممانعت‌های مجلس حفظ الصحه برای سفر به مشهد احترام بگذارند.

از ۲۵ جولای ۱۹۱۰، به مدت ۵ روز قرنطینه برای کشتی‌هایی که از جانب روسیه می‌آمدند، اعمال گردید^{۴۲۱}. در آگوست ۱۹۱۰، بیماری وبا در آستارا روی داد که موجب مرگ ۴۸ نفر شد. فینک (Fink)، پزشک امریکایی مقیم همدان در مورد کمبود امکانات برای اروپاییان گله مند بود و مجلس حفظ الصحه تصمیم گرفت از دولت درخواست کند تا قرنطینه‌ای مناسب در همدان دایر کند. در همان زمان، بیماری وبا در اردبیل، سوجه (نزدیک تبریز) و سراب شیوع یافته بود. در رشت و انزلی نیز چندین مورد مرگ و میر در اثر وبا رخ داده بود. از طرف دیگر، پزشکان اعزامی از تهران، زمانی که می‌خواستند

⁴²⁰ IOR/L/PS/10/184 , File 3004/1910 'Tehran Sanitary Council', Barclay to Edward Grey, 28/09/1909.

⁴²¹ IOR/L/PS/10/184, File 3004/1910 'Tehran Sanitary Council', Neligan to Marling, 02/08/1910.

منازل را ضدعفونی کنند یا افراد آلوده را جدا یا درمان کنند، با مقاومت مردم رو به رو شدند و حتی تهدید به مرگ می‌شدند، در نتیجه پلیس مجبور به دخالت می‌شد. در ۲۷ آگوست ۱۹۱۰، ایستگاه‌های قرنطینه در رودبار و منجیل عملیاتی شده بودند و مسافری اروپایی که از بازرسی‌های قرنطینه آستارا گذشته بودند، نیاز نبود که در آنجا در قرنطینه باشند. در بندر گز و مشهدسر، شناورهایی که از جانب انزلی می‌آمدند، می‌بایست قرنطینه می‌شدند. در همان زمان تصمیم گرفته شد که تشریفات قرنطینه‌ای در آستارا پابرجا شود.^{۴۲۲} در آن زمان، دولت روسیه که قسمت‌های شمالی ایران را اشغال کرده بود به دولت ایران اطلاع داد که تعهد نمی‌کند، "تباعش بتوانند به مقررات قرنطینه‌ای که در طی همه‌گیری وبا/خیر اجباری شده بود مقید باشند"^{۴۲۳}. در عین حال، در همان زمان کار قرنطینه‌های آستارا و انزلی، بدون وقفه، ادامه داشت.^{۴۲۴}

در ۱۹۱۱، در روسیه وبا شایع شد. اعضاء شورای بهداشت شکایت کردند که روسیه درباره اطلاعات رخدادهای وبای کنونی و پیشین، با تأخیر و نامرتب عمل کرده است. گذشته از آن، در انزلی، نماینده کنسولی روسیه و فرمانده کشتی تفنگداران روسی، اصرار داشتند که قبل از پزشک قرنطینه وارد کشتی‌ها شوند. پس از اعتراضات رسمی، این گونه تداخلات متوقف شدند. علیرغم این که سه آلونک قرنطینه‌ای در انزلی خراب شده بودند، ولی در ساخت و ساز ایستگاه قرنطینه انزلی و رشت، پیشرفت خوبی دیده

⁴²² IOR/L/PS/10/184, File 3004/1910 'Tehran Sanitary Council', Neligan to Barclay, 05/09/1910; Idem, Neligan to Barclay 06/06/1910

(همراه با جزئیات نقشه مکان و ساختمان ایستگاه رشت، قرنطینه آستارا که مجلس برای آن‌ها مبلغ ۲۰۰۰۰ تومان را در سال ۱۹۱۰ تصویب کرده بود)؛ Idem, Neligan to Barclay 06/02/1911 (مبلغ ۱۰۰۰۰ به دست شورا داده شد که معادل نیمی از ۲۰۰۰۰ تومان تعهد داده شده بود).

⁴²³ IOR/L/PS/10/184, File 3004/1910 'Tehran Sanitary Council', Neligan to Barclay, 28/12/1910.

⁴²⁴ IOR/L/PS/10/184, File 3004/1910 'Tehran Sanitary Council', Neligan to Minister, Tehran, 08/08/1911.

شد. بنا به نظر نلیگان، این واقعیت کشور بود که در آن سرهم بندی کردن، کار طبیعی قلمداد شود.^{۴۲۵} در سال ۱۹۱۲، ساخت قرنطینه‌های انزلی و آستارا کامل شد. به منظور ساخت ایستگاه قرنطینه انزلی، مجبور شدند یک باغ بسیار زیبا و با ارزش را تخریب کنند که موجب تأسف آصف الدوله حکمران وقت گردید. ساختمان قرنطینه در قسمت شمال شرقی شهر قرار داشت که بعداً تبدیل به سالن شهر شد. ایستگاه قرنطینه آستارا، پس از جنگ جهانی اول، تخریب شد و پس از آن دیگر عملیاتی نبود.^{۴۲۶} اما تا جولای ۱۹۱۹، پزشکی به نام سید عبدالعلی خان هنوز هم در قرنطینه آستارا بود که با ورود بلشویک‌ها به آستارا مجبور به ترک آنجا شد. پس از آن، در گزارش‌های مجلس حفظ الصحه، صحبتی از این قرنطینه نشد. در سال ۱۹۱۹، ایستگاه قرنطینه در یک اقامتگاه مخروبه استقرار یافت.^{۴۲۷} در سال ۱۹۱۴، کار ساخت قرنطینه در بندر گز شروع شد.^{۴۲۸} در نوامبر ۱۹۱۵، چند مورد وبا از آستارا، انزلی، رشت، اردبیل (۲۰ مورد) و قزوین (۲۴ مورد که ۸ نفر فوتی داشت) گزارش شد. این بیماری در میان قشون روسیه نیز دیده شده بود. هیئت دفاع بهداشتی، بلافاصله یک ایستگاه قرنطینه ۵ روزه، "در کرج در ۳۰ کیلومتری پایتخت و در محل تقاطع رودخانه کرج با پل جاده تهران - قزوین" مستقر نمود. کاخ قدیمی فتح علی شاه به عنوان مکان قرنطینه انتخاب گردید. ولی

⁴²⁵ IOR/L/PS/10/184, File 3004/1910 'Tehran Sanitary Council', Neligan to Minister, Tehran, 11/10/1911.

⁴²⁶ Government of Great Britain 1945, pp. 412-13. Tavili 1371, p. 209. FO 248/1313, PV Conseil Sanitaire de l'Empire de Perse, 6 Janvier 1920, p. 52 and Idem.,

^{۴۲۷} در ژانویه ۱۹۱۸ یک رخداد وبا در آستارا و بین ۹ و ۳۰ ژانویه تعداد ۵۵ مورد وجود داشت که ۴۳ نفر از آن‌ها فوت کردند.

FO 248/1313, PV Conseil Sanitaire, 5 Fevrier 1918, p. 591; Idem, Conseil Sanitaire, 3 Aout 1920, budget annex

(مبلغ ۱۰۷۱۳ قران را برای هزینه‌های آستارا در سال ۱۹۱۹ فهرست می‌کند - دکتر هادی خان قبلاً در آستارا خدمت می‌کرد ولی در سال ۱۹۲۰ درگذشت)؛

Idem, Neligan to Minister/Tehran, 01/07/1919; Watelin 1921, p. 68.

⁴²⁸ IOR/L/PS/10/284, File 2612/1912 Pt 2 'Persia. Tehran Sanitary Council', Neligan to Townley, 02/07/1914.

بودجه‌ای برای آن در دست نبود. اما مدتی بعد دولت مبلغ ۵۰۰ تومان داد و نگهدارانی به آنجا فرستاد. در آغاز، مدت توقف برای انجام تشریفات قرنطینه‌ای ۲۴ ساعت بود ولی پس از این که تجهیزات و امکانات رفاهی مهیا گردید چنانچه موردی از بیماری در قزوین گزارش می‌شد، آن را به ۵ روز افزایش می‌دادند. همچنین اقداماتی انجام گرفت که مردم از نزدیکی به قرنطینه اجتناب کنند^{۴۲۹}.

در ژانویه ۱۹۱۶، دوباره وبا خود را در انزلی نشان داد و مواردی از ابتلا به بیماری در قزوین نیز دیده شد. تصمیم بر آن شد اقداماتی محلی انجام گیرد و همچنین ایستگاه قرنطینه در منجیل و کرج برقرار شد تا افرادی که مشکوک بودند به مدت ۲۴ ساعت، تحت مراقبت قرار گیرند^{۴۳۰}. در ۲۷ مارس ۱۹۱۶، به مجلس حفظ الصحه گزارش شد در رشت وبا شایع شده و چهار نفر فوت شده‌اند. عضو بریتانیایی مجلس تعجب کرد چرا که مجلس در هفتم مارس اقدامات پیش‌گیرانه‌ای را در رشت تصویب کرده بود. امیر خان، رئیس مجلس، جواب داد که دولت پولی نداشته است و بنابراین بودجه‌ای برای پزشکان و دارو اختصاص نیافته است. دکتر نلیگان به دولت پیشنهاد داد پول را بلافاصله مهیا سازد، در غیر این صورت استعفاء خواهد داد. در نتیجه، پزشکانی برگزیده شدند و کارهایی برای مقابله با بیماری، با همکاری با مسئولین محلی، انجام گرفت. ایستگاه‌های نظارتی در منجیل و قزوین مستقر گردیدند. افزون بر آن، مدت زمان ۵ روزه قرنطینه برای مسافرین درجه یک و دو از رشت در کرج، اعمال شد. به همین ترتیب، یک مدت ۲۴ ساعته نیز جهت نظارت بر کاروان‌ها در نظر گرفته شد. تا سوم آوریل، هیچ‌گونه مورد جدیدی از بیماری وبا به وجود نیامد و دکتر نلیگان پیشنهاد کرد به دولت اصرار شود پول کافی در اختیار مجلس قرار دهند تا بتواند کار خود را

⁴²⁹ IOR/L/PS/10/284, File 2612/1912 Pt 2 'Persia. Tehran Sanitary Council' Neligan to Barclay, 01/12/1915.

⁴³⁰ IOR/L/PS/10/284, File 2612/1912 Pt 2 'Persia. Tehran Sanitary Council', Neligan to Minister 20/01/1916.

ادامه دهد. همچنین از نلیگان خواسته شد یادداشتی جهت چاپ عمومی پیرامون این که وبا چیست و چگونه می‌توان از آن اجتناب کرد بنویسد.^{۴۳۱} موارد پراکنده‌ای از بیماری وبا، هنوز هم در رشت، فومن و گشت دیده می‌شد. به دکتر عبدالله خان دستور داده شد تا برای نظارت بر امور قرنطینه به مازندران برود. ایستگاه قرنطینه کرج هنوز هم استقرار داشت و مسافرینی که از رشت می‌آمدند مورد بازرسی قرار می‌گرفتند. از طرف دیگر، پست نظارتی منجیل نیز مشغول به کار بود. مجلس می‌خواست یک پست قرنطینه در آقابابا، چهار فرسنگی (۲۴ کیلومتری) قزوین دایر کند، ولی بودجه‌ای در دسترس نداشت. از جانب دیگر، دولت از دادن بودجه به طرح و نقشه‌های مجلس جهت اجرا در رشت و شهرهایی که با آن رفت و آمد داشتند مانند انزلی، قزوین و تهران خودداری کرد. دلیل این بود که دولت از وجود وبا در رشت اطمینان نداشت. بنابراین، مجلس تصمیم گرفت گروهی حقیقت‌یاب به رشت بفرستد. از دکتر نلیگان درخواست شد که به عنوان میکروب شناس، گروه را همراهی کند. ولی او در جواب گفت که پزشکان روسی در رشت و باکو هستند که می‌توانند به سادگی وجود یا نبود بیماری را تأیید کنند.^{۴۳۲}

در ۱۹۰۶، موردی از وبا در شاه عبدالعظیم روی داد، مجموعاً ۳۹ نفر مبتلا شدند که از این عده ۲۳ نفر فوت کردند. کمربند حفاظت بهداشت ترتیب داده شد و بر قرار گردید. مواردی از بیماری نیز در تهران دیده شد. ولی همه این موارد پیش از برقراری کمربند روی دادند بودند. از آوریل، بیماری راه خود را به سمت شمال باز کرد. در قزوین، ۱۰۷ نفر مبتلا شدند که از این عده ۶۵ نفر فوت کردند. از تاریخ ۷/۱۳ تا ۹/۱۰، در رشت، تعداد مبتلایان ۱۴۹ نفر بود که ۸۵ نفر فوتی داشت (از ۹/۴ تا ۹/۱۹). تعداد

⁴³¹ IOR/L/PS/10/284, File 2612/1912 Pt 2 'Persia. Tehran Sanitary Council.' Neligan to British Minister, Tehran. 04/04/1916.

⁴³² IOR/L/PS/10/284, File 2612/1912 Pt 2 'Persia. Tehran Sanitary Council.' Neligan to British Minister, Tehran. 02/05/1916; Idem, Neligan to Barclay 10/05/1916.

مبتلایان و فوتی‌های بندر انزلی نا مشخص گزارش شده است. ایستگاه قرنطینه کرج تبدیل به یک بازرسی پزشکی شد^{۴۳۳}.

یک ایستگاه قرنطینه در جلفای آذربایجان وجود داشت، ولی در همان زمان بودجه‌ای برای ایجاد ایستگاه جدیدی در مشهدسر (مازندران)، اختصاص داده شد. ایستگاه جلفا یک مأمور سلامت همگانی داشت. در واقع با وجود این که این ایستگاه مهمترین ایستگاه مرزی ایران و روسیه، محسوب می‌شد ولی هیچ‌گونه اطلاعی درباره کارمندان و تجهیزات آن در دست نیست^{۴۳۴}.

مرز شرقی

هیچ ایستگاه قرنطینه‌ای در مرز ایران و افغانستان و بلوچستان بریتانیا (جایی که اکنون پاکستان نامیده می‌شود)، وجود نداشت. ولی در ۱۹۰۶، در پی طاعون سیستان، روسیه خواست با بستن جاده دزدآب - مشهد، مانعی بهداشتی بین مشهد و سیستان به وجود آورد. این مانع موجب می‌شد بازرگانی و داد و ستد بریتانیا با مشهد مختل شود که مسلماً برای بریتانیا غیرقابل قبول بود^{۴۳۵}. بنابراین، مجلس حفظ الصحه گروهی، متشکل از انگلیسی‌ها، روس‌ها و ایرانی‌ها را جهت بررسی شرایط منطقه و ایجاد یک پایگاه قرنطینه‌ای مؤثر، به سیستان فرستاد. آن‌ها، یک پست قرنطینه‌ای انتخاب کردند. ولی رفتار ناشایست و مقررات قرنطینه (از جمله جداسازی و ضد عفونی کردن) که به کار گرفته شده بود، منجر به ناآرامی در میان مردم نصرت آباد شد و در نتیجه در مارس ۱۹۰۶، موجب حمله مردم به اتاق‌های جداسازی گردید. در همان زمان، مردم دواخانه بریتانیایی‌ها را تخریب کردند و حتی کنسولگری را مورد تهدید قرار دادند.

⁴³³ IOR/L/PS/10/284, File 2612/1912 Pt 2 'Persia. Tehran Sanitary Council', Neligan to Minister 06/10/1916.

⁴³⁴ Government of Great Britain 1945, pp. 412-13. Tavili 1371, p. 209.

⁴³⁵ Chirol 1903, p. 186.

در ماه مه، یک پست بهداشتی دیگر در بندان، شمال بیرجند، تأسیس شد و هم زمان ایستگاه‌های دیگر برپا شدند تا یک پیوند با کمر بند حفاظتی تربت حیدریه برقرار گردد. این به معنای آن بود که همه سیستم قرنطینه تحت نظارت روس‌ها قرار می‌گرفت و عملاً بازرگانی با هند به حالت توقف در می‌آمد. از طرف دیگر، پزشک ایرانی قرنطینه نصرت آباد، حکیم سید محمد، پزشک مشهور تبر، سعی می‌کرد از مسئولیت خود سوء استفاده کند و منافعی به دست آورد. او «ساربانانی را که از کویته می‌آمدند به سوزاندن لباس‌هایشان، به وسیله دستگاه ضد عفونی و دادن داروهای اضافی به بهانه مبارزه با بیماری می‌ترساند مگر آن که به او (رشوه) می‌دادند»^{۴۳۶}.

از آنجایی که وجود چنین قرنطینه‌ای در جلوگیری از انتشار بیماری هیچ اثری نداشت، در جولای ۱۹۰۶ دوباره نصرت آبادی‌ها، به کنسولگری بریتانیا حمله ور شدند. حرکت آن‌ها بیانی از احساسات ضد انگلیسی نبود بلکه بیشتر از آنجا ریشه می‌گرفت که فکر می‌کردند قرنطینه و اقدامات پیشگیرانه وابسته به آن در این شهر با تعالیم اسلام متضاد است. پس از این واقعه، بریتانیا تقاضای عذرخواهی و تنبیه مجرمین را نمود و خرید ۱۰۰۰۰ زرع زمین برای توسعه دواخانه و بیمارستان بریتانیایی را درخواست کرد^{۴۳۷}.

در همان زمان، برای بازدارندگی از نفوذ روسیه در سیستان، بریتانیا، کاپیتان واتسون (Capt. Watson) را به عنوان نایب کنسول به بیرجند فرستاد تا برای مبارزه با طاعون اقدام کند. روز ورود واتسون به بیرجند ۲۲ ژوئن ۱۹۰۶ بود، واتسون دریافت که در آوریل همان سال، فرانک (Frank)، پزشک روسی، به بیرجند آمده و توسط دکتر حسین خان که هم اکنون در آنجا بود، یاری می‌شده است. آنها در هیچ فعالیت قرنطینه‌ای درگیر نبودند. به هر جهت، در تاریخ ۲۹ آوریل، سرهنگ آیاس، کنسول روسیه در تربت حیدریه

⁴³⁶ Benn 1909, p. 117.

⁴³⁷ برای جزئیات بنگرید Elgood 1951, pp. 528-29.

که مافوق فرانک، بود به بیرجند آمد و دستور شروع یک سیستم قرنطینه ای، بر اساس دستورالعمل‌های رسیده از جانب کاردار روسیه در تهران را داد.

هدف سیاسی از این پیشنهاد جلوگیری کردن از تجارت بریتانیا بود و این موضوع از دستورالعمل‌های به کارگیری مقررات قرنطینه، در مسیر آمد و شد کرمان، هویدا می‌شد. البته، با دخالت بریتانیا، تهران دستور ممنوعیت آن را صادر نمود. به دلیل این که ایستگاه قرنطینه به شکل غیرضروری مسافرین افغانی را بازداشت نموده بود سروان واتسون، تقاضای آزادی فوری آن‌ها را کرد که مورد موافقت نیز قرار گرفت. دکتر حسین خان به واتسون گفت انتظار داشته است که پزشک جدید روسی گماشته شود و از جانب قزاق‌های ایرانی، مورد حمایت قرار گیرد. سروان آیاس (Iyas) در تاریخ ۵ ماه مه آنجا را ترک کرد و در پانزدهم ماه مه برابر با ۲۱ ربیع‌الاول، کمیته‌ای به ریاست منتصرالملک، جانشین حاکم، قوانین زیر را اتخاذ نمود:

(۱) کلیه سیستم‌های آن‌ها که از مناطق آلوده می‌آیند و گواهی قرنطینه از بندگان ندارند می‌باید به مدت ۱۰ روز در قرنطینه بیرجند بمانند.

(۲) همه سیستم‌هایی که از مناطق غیرآلوده می‌آیند و گواهی قرنطینه از بندگان ندارند می‌باید به مدت ۵ روز در قرنطینه بیرجند بمانند.

(۳) همه سیستم‌هایی که دارای گواهی قرنطینه در بندگان هستند می‌باید به مدت ۳ روز در قرنطینه بازداشت باشند، اما اقامت مسافرین تحصیل کرده و آگاه، ممکن است کمتر از ۳ روز به طول انجامد.

(۴) همه کسانی که از جنوب یا شرق می‌آیند و همه آن‌هایی که از مناطقی می‌آیند که فاصله آن‌ها کمتر از ۲۴ فرسنگ (۹۶ مایل) می‌باشد، می‌بایست به خاطر وجود طاعون، معاینه و سپس بدون بازداشت، آزاد شوند. ولی کسانی که فاصله آن‌ها بیشتر از ۲۴ فرسنگ باشد و از سوی شرق و جنوب می‌آیند بایستی به مدت ۳ روز در بازداشت به سر ببرند.

(۵) از آنجایی که کاملاً مشخص شده که در افغانستان طاعون وجود ندارد، همهٔ افغان‌ها می‌بایستی به مدت ۵ روز در قرنطینه بمانند^{۴۳۸}.
 سروان واتسون در ۴ مادهٔ اولیه هیچ‌گونه مشکلی نداشت ولی در مورد مادهٔ پنجم، او نظر داد که این ماده حذف شود. در ضمن او تنها سه مورد زیر را پیشنهاد داد که می‌بایست اجرایی گردند:

(۱) مسافرینی که از مناطق آلوده به بیماری می‌آیند می‌باید در قرنطینه بازداشت شوند.

(۲) مسافرینی که از مناطق آلوده می‌آیند ولی دارای گواهی از قرنطینه بندان هستند می‌بایست تنها مورد بازرسی قرار گیرند و نباید بازداشت شوند.

(۳) مسافرینی که از مناطق آلوده می‌آیند و گواهی بهداشتی قرنطینه بندان ندارند نباید بیش از ۵ روز در قرنطینه نگه داشته شوند.

در جولای ۱۹۰۶، دولت هند دستکم دو پزشک داشت: سروان واتسون و سروان کلی (Kelly) و ۳ نفر دستیار بیمارستانی که در زمان شیوع بیماری طاعون در سیستان و به ویژه در حسین آباد، همکاری می‌کردند. همچنین پزشکی ایرانی به نام دکتر فتح علی خان، حضور داشت که عملیات ضد عفونی در حسین آباد را هدایت می‌کرد. او به عنوان کارمند و نه پزشک، در اداره گمرک، استخدام شده بود. چرا که مسئولین ایرانی، شایستگی و مدارک او را در حرفه پزشکی، تشخیص نداده بودند. اما پزشکان بریتانیایی به کاترسل (Cattersell)، مأمور بلژیکی گمرک، گوشزد کردند که به خاطر حرفه‌اش با فتح علی خان رفتار محترمانه‌ای داشته باشد.

برای رضایت خاطر و برطرف کردن نگرانی‌های علمای بیرجند و به دست آوردن همکاری آن‌ها، سروان واتسون، جزوه‌ای از اقدامات لازم را به زبان فارسی ساده و روان،

⁴³⁸ FO 371/114, Watson, vice-consul Birjand to Keyes, consul Torbat, Report on the Birjand Plague Quarantine, 1906. 17/06/1906, pp. 2-4.

منتشر کرد. در این جزوه او:

بر جداسازی بیماران و تخلیه خانه‌های آلوده، مایه کوبی ساکنین و روستاهای آلوده به محض این که بیماری دیده شد، ضدعفونی خانه‌های آلوده و نابودی لباس‌ها، در هنگام حضور بیماری، ساده‌سازی آیین و مراسم کفن و دفن تا آنجایی که قرآن مشخص کرده است. و ایجاد قرنطینه روستایی در موقعی که بیمار در همسایگی افراد ظاهر می‌شود، اصرار داشت. هر کدام از این اقدامات، توسط شرحی، مشخص تر می‌شد و در اکثر موارد، خطر غفلت از پذیرش هر کدام از موارد بالا با ارائه نمونه‌هایی از همه‌گیری‌های روی داده شده اخیر، مورد تأکید قرار می‌گرفت.^{۴۳۹}

گرچه مرگ و میر به دلیل طاعون وجود نداشت و در آگوست ۱۹۰۶، به نظر می‌رسید که رخداد بیماری به پایان رسیده، ولی کمربند ایمنی تربت حیدریه روسیه، تا فوریه ۱۹۰۷ برداشته نشد. با این حال، دولت هند نیز تصمیم گرفت تا پزشکان خود را برگرداند، چرا که بر خلاف آن چه تصور می‌شد اصلاً هیچ نایب کنسولی روسیه در بیرجند وجود نداشت و دکتر فرانک هم از قدرت کنسولی برخوردار نبود.^{۴۴۰}

با وجود این سیاسی‌سازی و نظامی‌سازی در قرنطینه، دولت‌های هند و بریتانیا نتیجه گرفتند نیازی به وجود ایستگاه‌های قرنطینه‌ای در مرز ایران و افغانستان نیست زیرا هیچ موردی از طاعون در بلوچستان و هند وجود نداشت. افزون بر این، "هر کس که از قلمرو هند می‌آمد و آلوده به وبا بود و در قرنطینه اجباری ده روزه در قرنطینه سیبی (sibi) نگهداری نمی‌شد. به طور حتم پیش از رسیدن به ایران طی پیاده روی طولانی در مسیر بازرگانی، فوت می‌کرد و یا این که در راه، معالجه می‌گردید"^{۴۴۱}.

⁴³⁹ FO 371/114, Watson, vice-consul Birjand to Keyes, consul Torbat, Report on the Birjand Plague Quarantine, 1906, enclosure no. 8, 17/06/1906, p. 7.

⁴⁴⁰ FO 371/114, Report on the Birjand Plague Quarantine, 1906. 17/06/1906, enclosures 13-15, pp. 10-11; Elgood 1951, p. 529.

⁴⁴¹ Benn 1909, p. 116.

همچنین ایستگاه‌های قرنطینه در مقابل نفوذ روسیه در منطقه، مؤثر قلمداد نمی‌شدند. در نهایت، بازده اجلاس مشترک انگلیس و روسیه در ۳۱ آگوست ۱۹۰۷، این بود که ایران به سه منطقه نفوذی تقسیم گردد و نتیجه آن این شد که قدری از انگیزه سیاسی حاکم بر ایستگاه‌های قرنطینه در مرزهای شرقی، کاسته شد. ولی روسیه همچنان از ادامه سیاست قرنطینه سازی به عنوان یک ابزار سیاسی، استفاده می‌کرد. در سال ۱۹۱۲، مسئولین روسی مدعی شدند طاعون در هرات وجود دارد، در صورتی که حاکم هرات نوشت که چنین بیماری دیده نشده است. به دلیل این که هیچ موردی از طاعون در مشهد گزارش نشده بود، سرگرد سایکس (Major Percy M. Sykes)، کنسول بریتانیا در مشهد، پیشنهاد بر چیده شدن ایستگاه‌های قرنطینه‌ای را داد^{۴۴۲}.

در واقع، پزشک روسی در کاریز بیان داشت هیچ‌گونه موردی از بیماری طاعون ندیده است ولی افزود که گزارش‌های او بر اساس گفته‌های پزشک ایرانی مقیم محل بوده که اظهار داشته بیماری را دیده است. روس‌ها ۲۵۰ قزاق در مرز ایران و افغانستان و صدها نیروی نام نویسی شده خدمت نظامی برای تقویت قرنطینه گسیل داشتند^{۴۴۳}.

هنگامی که در دسامبر ۱۹۱۲، روس‌ها می‌خواستند ستوان فول (Fowle) که از سیستان راهی مشهد بود جهت معاینات پزشکی برای طاعون متوقف سازند، سایکس به همتای روسی خود گریگوریف (Grigoriev) اعتراض نمود. از سوی دیگر، آن طور که سفیر روسیه قبلاً متعهد شده بود نمی‌بایست کاروان‌هایی که از سیستان می‌آمدند تحت اقدامات قرنطینه‌ای قرار گیرند. پس از آن گریگوریف دستور داد تا ستوان فول را رها کنند. از آنجایی که وجود طاعون، به اثبات نرسیده بود، بنا به تقاضای سایکس، گریگوریف به تاشکند تلگراف زد و اعلام کرد بنا به گفته بریتانیا، هیچ موردی از طاعون

⁴⁴² IOR/L/PS/10/209, File 52/1912 Pt 1 'Persia Diaries', Meshed Consular Diary, no. 48, for the week ending 30th November 1912, p. 1.

⁴⁴³ IOR/L/PS/10/209, File 52/1912 Pt 1 'Persia Diaries', Meshed Consular Diary, no. 49, for the week ending 7th December 1912, p. 1.

گزارش نشده است^{۴۴۴}.

در چهاردهم دسامبر ۱۹۱۲، مجلس حفظ الصحه در تهران بیان نمود که موردی از بیماری‌های همه‌گیر در افغانستان یا خراسان دیده نشده و بنابراین ادامه کار قرنطینه موردی ندارد. کنسول روسیه کم‌کم پای خود را از معرکه بیرون کشید. در آغاز گفت که به او هیچ اطلاعاتی داده نشده است، سپس بیان داشت که موش‌هایی دیده شده‌اند. در همان زمان در جاده چهچهه، مقررات شدید قرنطینه اعمال می‌شد و سربازان روسی تهدید می‌کردند به هر کس به پست مرزی نزدیک شود شلیک خواهد شد ولی از طرف دیگر، خود روس‌ها با آزادی از مرز عبور می‌کردند تا در شهر چهچهه ایران مواد غذایی بخرند. در مسیر جاده‌ای شمال به چهچهه (از طریق مهمان)، هیچ قرنطینه‌ای وجود نداشت. همه این جریان‌ها به سایکس این شواهد را می‌رساند که روسیه به دلایل دیگری، غیر از پزشکی، خواهان ادامه کار قرنطینه می‌باشد^{۴۴۵}. در ۱۹۱۳، روسیه یک پست قرنطینه برای کنترل ورودی‌هایی که از هرات می‌آمدند، به بهانه پیشگیری از افغان‌ها در جهت حفاظت از عثمانی دایر کرد؛ در حالی که هیچ‌گونه بیماری واگیر دار، در آن زمان، در افغانستان وجود نداشت. به دلیل رسیدن سروان ویلسون، از خدمات پزشکی هند، به کاریز، پست قرنطینه‌ای طاعون برداشته شد، این قرنطینه منجر به رکود تجارت و بالا رفتن قیمت‌ها در مشهد شده بود. سپس بریتانیا روس‌ها را ترغیب کرد تا موانع قرنطینه‌ای را در مرز افغانستان بردارند^{۴۴۶}. ویلسون و یک دکتر روسی به نام زالپوتینسکی (Dr. Zalpotinski) گزارش کردند اخبار مربوط به طاعون به دلیل یافت

⁴⁴⁴ IOR/L/PS/10/209, File 52/1912 Pt 1 'Persia Diaries', Meshed Consular Diary, no. 50, for the week ending 14th December 1912, p. 1.

⁴⁴⁵ IOR/L/PS/10/209, File 52/1912 Pt 1 'Persia Diaries', Meshed Consular Diary, no. 51, for the week ending 21st December 1912;

⁴⁴⁶ IOR/L/PS/10/209, File 52/1912 Pt 1 'Persia Diaries', Meshed Consular Diary, no. 3, for the week ending 18th January (received 19th February) 1913.

شدن یک موش خرما می‌مرده در نوامبر ۱۹۱۲، بوده است.^{۴۴۷}

در این زمان، سروان ویلسون همراه با چهار پزشک روسی گزارشی امضاء کردند که در آن توصیه شده بود یک پزشک روسی در پست تربت حیدریه گماشته شود و اضافه بر آن پزشک دیگری به قشون‌های روسیه در مشهد افزوده گردد. تعداد قزاق‌ها در کاریز افزایش یافت تا در صورت نیاز، کمربند حفاظتی بهداشتی تشکیل بدهند. افزون بر این، پیشنهاد ایجاد چهار آزمایشگاه سیار در کاریز و تربت حیدریه، برای تشخیص بیماری طاعون و تخصیص سالانه مبلغ ۱۵۰۰ روپیه، جهت نگهداری این آزمایشگاه‌ها، داده شد. مأمورین روسی با بودجه خود (از روسیه)، ۳۰۰ نگهبان ایرانی با مزد هر کدام ۱۲ تومان برای سواره نظام و ۶ تومان برای پیاده، اجیر کردند.^{۴۴۸}

در جولای ۱۹۱۳، سایکس گزارش کرد بیماری همه‌گیر پایان یافته و به لکس (Leleux) دستور داده شد تا مبلغ ۱۰۰۰۰ تومان برای هزینه قرنطینه و مخارج جانبی مأمورین گمرک مشهد، پرداخت شود.^{۴۴۹} در ۱۸ آگوست ۱۹۱۷، بیماری وبا در شهرهای نزدیک مشهد ظاهر شد. کمیسیون بهداشتی تشکیل گردید. هافمن (Haffman) از

⁴⁴⁷ IOR/L/PS/10/209, File 52/1912 Pt 1 'Persia Diaries', Diary of the Military Attache Meshed, no.3, for the week ending 18th January 1913, p. 1.

دکترها ویلسون و زاپلوتینسکی، مشهد را در ۱۹۱۲/۱۲/۲۹ همراه با همه نیروهای مجلس حفظ الصحه خراسان ترک کرده بودند.

IOR/L/PS/10/209, File 52/1912 Pt 1 'Persia Diaries', Diary of the Military Attache Meshed, no.3, for the week ending 28th December 1912, p. 1.

این افراد براساس نتایج تصمیمی که مجلس حفظ الصحه تهران در جولای اتخاذ کرده بود، فرستاده شدند. بنگرید

IOR/L/PS/10/283, File 2612/1912 Pt 1 'Tehran Sanitary Council', Neligan to Minister, Tehran, 13/07/1913.

⁴⁴⁸ IOR/L/PS/10/283, File 2612/1912 Pt 1 'Tehran Sanitary Council', Eastern Sanitary Reforms, Confi. Neligan to Townley 04/03/1913.

⁴⁴⁹ IOR/L/PS/10/209, File 52/1912 Pt 1 'Persia Diaries', Meshed Diary, no. 28, for the week ending 12th July 1913, p. 1.

در جولای ۱۹۱۳، مجلس حفظ الصحه در تهران تصمیم گرفته بود که ۱۰۰۰۰ تومان مورد تقاضا را پرداخت نکند. ظاهراً، اطلاعات جدید، تصمیم آن‌ها را تغییر داده بود. بنگرید

IOR/L/PS/10/283, File 2612/1912 Pt 1 'Tehran Sanitary Council', Neligan to Minister, Tehran, 13/07/1913.

بیمارستان پرسبیتترین آمریکایی (Persbyterian) جهت درمان بیماران و ظاهرالدین (K. S. Zaheraldin)، به عنوان ناظر بهداشت و اقدامات پیشگیری، تعیین شدند.

به دلیل دیده شدن بیماری در نیشابور، ایستگاه قرنطینه در چناران مستقر گردید.^{۴۵۰} در پایان آگوست ۱۹۱۷، ۲۰۰ مورد بیماری دیده شده بود که ۸۵ مورد آن فوتی بود. در حالی که اقدامات بهداشتی و سایر کارهای دیگر انجام می‌گرفت^{۴۵۱} ولی هنوز هم روزانه مردم در اثر ابتلاء به بیماری از بین می‌رفتند^{۴۵۲}. بیماری، نخست در تربت حیدریه خضری پدیدار شده بود. در اوایل سپتامبر ۱۹۱۷، شایعاتی سر زبان‌ها افتاد مبنی بر این که روسیه یک قرنطینه ۶ روزه در باجگیران، در مسیر کاروان رو به سمت مشهد، دایر کرده است^{۴۵۳}. در پایان اکتبر ۱۹۱۷، شایعه شد که بیماری شدید وبا در هرات، گلریان و سبزواری ظاهر گردیده است. از این جهت در همه شهرهایی که به شمال منتهی می‌شدند، قرنطینه برقرار شد^{۴۵۴}.

حاکم هرات، وجود وبا در افغانستان را انکار کرد. طی نوامبر - دسامبر ۱۹۱۷، یک رخداد وبا در روستاهای شمال کرمان وجود داشت. تفنگداران پلیس جنوب، اقدامات قرنطینه‌ای انجام دادند و بدین گونه، بیماری به کرمان نرسید^{۴۵۵}.

در سال ۱۹۱۸، بیماری وبا در کرمان رخ داد و در جاده سیستان - دهانه - باقی -

⁴⁵⁰ IOR/L/PS/10/211, File 52/1912 Pt 3 'Persia Diaries', Intelligence Summary no. 34 for the week ending the 25th August 1917, p. 1.

⁴⁵¹ IOR/L/PS/10/211, File 52/1912 Pt 3 'Persia Diaries', Intelligence Summary no. 35 for the week ending the 1st September 1917, p. 1.

⁴⁵² IOR/L/PS/10/211, File 52/1912 Pt 3 'Persia Diaries', Intelligence Summary no. 36 for the week ending the 8th September 1917, p. 1.

⁴⁵³ IOR/L/PS/10/211, File 52/1912 Pt 3 'Persia Diaries', Intelligence Summary no. 37 for the week ending the 15th September 1917, p. 1.

⁴⁵⁴ IOR/L/PS/10/211, File 52/1912 Pt 3 'Persia Diaries', Sistan & Kain Consulate Diary for the week ending the 3rd November 1917, p. 1.

⁴⁵⁵ IOR/L/MIL/17/15/29, 'Despatch by Brigadier-General Sir P. M. Sykes, K.C.I.E., C.M.G., Inspector-General, South Persia Rifles and Commanding British Mission Escort in Persia on Minor Operations in Southern Persia. From 7th November 1917 to 31st March 1918', p. 6.

کرمان قرنطینه‌ای دایر گردید که در ماه سپتامبر برچیده شد^{۴۵۶}. همچنین نگهبانان ایرانی در پست‌های مرزی روسیه مستقر شدند تا از انتشار بیماری وبا جلوگیری کنند^{۴۵۷}. در ژوئن ۱۹۱۸، پس از رخداد بیماری وبا در چندین روستا، قرنطینه‌ای در مشهد دایر گردید. شورای بهداشتی شامل پزشک سرکنسولی روسیه به نام چیرایف (Chiriayev) و سروان سینتون (Sinton) از سرویس خدمات پزشکی هند، تشکیل گردید و چندین ایستگاه قرنطینه‌ای ترتیب داده شد^{۴۵۸}.

در میانه جولای حتی یک مورد از بیماری وبا در مشهد مشاهده نشد و در شهر قوچان، بیماری کاملاً مهار شده بود. کنسول بریتانیا اضافه نمود که در جریان وبای چناران که موارد جدیدی از بیماری در آن رخ داده بود، ایرانی‌ها بیش از حد معمول در امور قرنطینه‌ای کار کردند^{۴۵۹}.

در سال ۱۹۲۷، یک رخداد جدی از وبا در میناب رخ داد و اقدامات قرنطینه‌ای جهت پیشگیری از رسیدن آن به کرمان یعنی جایی که واکسیناسیون اجباری مجانی انجام شده بود، صورت گرفت. به جز این، دولت علاقه‌ای دیگر را در گستره سلامت عمومی از خود نشان نداد^{۴۶۰}. در آگوست ۱۹۲۹، دست اندرکاران سلامت در کرمان، پست‌های قرنطینه‌ای را در جاده‌های به سوی دزدآب - بندرعباس برقرار کردند. چنین تصور می‌شد که مسافران از هند که گواهی‌های مایه‌کوبی بر علیه وبا را در دست داشتند، در این ایستگاه‌ها مایه‌کوبی شده بودند. ظاهراً اقدامی فراتر از مورد اعلان

⁴⁵⁶ IOR/L/PS/10/211, File 52/1912 Pt 3 'Persia Diaries', Sistan and Kain Diary no 30 for the week ending 28th September 1918, B.J. Gould, consul.

⁴⁵⁷ IOR/L/PS/10/211, File 52/1912 Pt 3 'Persia Diaries', Meshed Diary no 25 for the week ending the 22nd June 1918, p.1.

⁴⁵⁸ IOR/L/PS/10/211, File 52/1912 Pt 3 'Persia Diaries', Meshed Diary no 26 for the week ending the 29th June 1918, p. 1.

⁴⁵⁹ IOR/L/PS/10/211, File 52/1912 Pt 3 'Persia Diaries', Meshed Diary no 28 for the week ending the 13th July 1918, p. 1.

⁴⁶⁰ Administration Report 1927, p. 22.

برقراری این پست‌ها، انجام نگرفت.

این احتمالاً به دلیل این واقعیت بود که پست سازمانی رئیس‌الصحّه (یا در سال ۱۹۳۶، رئیس بهداشت) در چندین زمان، دست به دست شده بود. "اما بدون هیچ اثری بر روی بهسازی یا سلامت عمومی زیرا بودجه‌ای در دسترس نبود"^{۴۶۱}. در سپتامبر ۱۹۲۹، معاینه مسافرانی که با قطار از هند می‌آمدند همچنان سرسری گرفته می‌شد و همچنان به دلیل نبود امکانات اقامتی برای مسافران درجه یک اقدامات قرنطینه‌ای جدی نبودند.^{۴۶۲} در آوریل ۱۹۳۰، گزارش شد که وبا در نزدیک بندرعباس رخ داده است. مأمور بهداشت به آنجا رفت تا دریابد آیا موضوع صحت دارد؛ و فهمید که ترس از وبا نبوده، بلکه از ملخ‌ها بوده است. در ژوئن ۱۹۳۰، مأمور بهداشت، دستوراتی را از تهران دریافت کرد که تا پست‌های قرنطینه‌ای را بر علیه وبا که در جلال‌آباد افغانستان ظاهر شده بود برقرار کند. این مأمور به بم رفت تا ببیند آیا می‌توان پست قرنطینه‌ای را از بالادست بم به سمت بلوچستان و سیستان برقرار کرد ولی بدون این که اقدامی انجام دهد، برگشت.^{۴۶۳}

در سال ۱۹۳۱، گزارشی از وبا در رفسنجان (در فاصله سه روز راه از کرمان) دریافت شد. کنسول بریتانیا، گزارش داد اطلاعات به گونه‌ای ضد و نقیض است که اقدامات تند و خشن مسئولین را توجیه نمی‌کند. "اقدامات اتخاذ شده توسط اداره بهداشت محلی شامل قطع منبع آب مناطق دور و غیرآلوده و برقراری قرنطینه در بخش غربی کرمان است در حالی که هیچ مورد مشکوکی در خود شرق رفسنجان گزارش نشده بود!"^{۴۶۴}.

⁴⁶¹ Administration Report 1929, p. 35.

⁴⁶² IOR/L/PS/12/3403, Coll 28/8 'Persia; Diaries; Sistan & Kain, April 1927 – 1933', Diary Sistan and Kain for the period of 15 August to 30 September 1929, p. 3.

⁴⁶³ Administration Report 1930, p. 31.

⁴⁶⁴ Administration Report 1931, p. 35.

در ژوئن ۱۹۳۳، به دلیل رخداد بیماری وبا در قطعه در افغانستان، پست‌های پزشکی در مرز افغانستان ترتیب داده شد و مسافرینی که از افغانستان وارد ایران می‌شدند، می‌بایست. مایه‌کوبی می‌شدند. در آن زمان هیچ ایستگاه قرنطینه‌ای در دزدآب وجود نداشت، بنابراین، مسافرین زیر نظر نگهبانان ارتش در کاروانسراها نگهداری و مجبور به اقامت می‌شدند. صاحب کاروانسرا مسئولیت مسافرین را به عهده داشت و اجازه نمی‌داد تا پایان دوره قرنطینه، کسی از آنجا خارج شود. در همان زمان، ارتش همه میوه‌هایی را که از قطعه وارد می‌شد ضبط می‌کرد، بخشی از آن‌ها خراب می‌شد؛ و بخشی نیز به متقاضیان تحویل داده می‌شد در نتیجه مردم از این بابت به شدت ناراضی بودند^{۴۶۵}.

در آگوست ۱۹۳۳، ایران یک ایستگاه قرنطینه در میرجاوه دایر کرد و مسافرینی که از جانب هند می‌آمدند و قصد ورود به ایران داشتند، مایه‌کوبی می‌شدند مگر این که گواهی معتبر جدیدی می‌داشتند. در آغاز، با این که مأمورین و مسئولین قرنطینه هیچ وسیله ضدعفونی نداشتند، محموله‌های پستی را نگه می‌داشتند^{۴۶۶}. در ۲۵ اکتبر ۱۹۳۳، قرنطینه میرجاوه برداشته شد. گرچه دوره وبا گذشته بود اما پزشک دولتی در زابل مایه‌کوبی‌های اجباری انجام می‌داد. در جریان مایه‌کوبی، در بازوی یکی از بیماران، سوزن شکست که موجب اعتراض شدید بر علیه او شد. سوزن به جا مانده در بیمارستان کنسولگری بریتانیا، بیرون کشیده شد^{۴۶۷}.

⁴⁶⁵ IOR/L/PS/12/3403, Coll 28/8 'Persia; Diaries; Sistan & Kain, April 1927 – 1933', Diary Sistan and Kain for the Month of July 1930, p. 4.

⁴⁶⁶ IOR/L/PS/12/3403, Coll 28/8 'Persia; Diaries; Sistan & Kain, April 1927 – 1933', Diary for the Month of August 1933, p. 1.

⁴⁶⁷ IOR/L/PS/12/3403, Coll 28/8 'Persia; Diaries; Sistan & Kain, April 1927 – 1933', Diary for the Month of October 1933, p. 3.

مرز غربی

در طول زمان در مرزهای بین ایران و عثمانی هیچ قرنطینه‌ای وجود نداشت. تا پایان قرن نوزدهم، انتقال اجساد از طریق خانقین، در کرمانشاه مورد کنترل قرار می‌گرفت که یک مأمور بهداشتی اجازه عبور می‌داد؛ مشروط به این که جسد کاملاً خشک شده و یا این که گواهی ارائه می‌دادند که از مرگ آن شخص حداقل سه سال گذشته و در همین مدت در تابوت نگهداری شده بود. تنها زمانی ایستگاه بهداشتی در قصر شیرین دایر می‌شد که بیماری همه‌گیر رخ می‌داد^{۴۶۸}.

در سال ۱۸۵۱، آن زمان که وبا همه‌گیر شد اولین تلاش برای اقدامات پیشگیرانه همگانی انجام گرفت. پس از آن امیرکبیر، صدراعظم ایران، یک ایستگاه قرنطینه در مرز عراق دایر کرد^{۴۶۹}. این عمل دقیقاً در پاسخ به کارهایی بود که توسط مقامات عثمانی انجام گرفته بود. برای دنبال کردن مفاد کنفرانس بین‌المللی بهداشت سال ۱۸۵۱ پاریس، عثمانی‌ها سیستم قرنطینه‌ای را در مرز ایران به وجود آورده بودند، زیرا به اعتقاد آن‌ها بیماری طاعون از طریق ایران وارد عثمانی می‌شد، درست همانند آن چه که در سال ۱۸۳۱ روی داد^{۴۷۰}. کوشش آن‌ها منجر به دنبال کردن ناگهانی موضوع از سوی مسئولین ایرانی شد؛ احتمالاً کارهای سخت‌گیرانه و بی‌امان عثمانی‌ها در آن سوی مرز توانست انگیزه خوبی برای ایرانی‌ها باشد.

در نوامبر ۱۸۵۶، دولت ایران تلاش کرد تا از رفتن زوار از طریق کرمانشاه، که وبا در آن شایع شده بود، به سوی عراق که دولت عثمانی‌ها از سال ۱۸۵۴ مقررات قرنطینه‌ای را در آن اعمال می‌کردند، جلوگیری کند. در کنار مرز، زوار را به مدت ۱۰ روز نگه می‌داشتند ولی پس از آن مسئولین ایرانی می‌خواستند دوباره زوار را به مدت

⁴⁶⁸ Government of Great Britain 1945, pp. 412-13.

⁴⁶⁹ Adamiyyat 1348, p. 326.

⁴⁷⁰ Bulmus 2012, p. 155.

۱۰ تا ۲۰ روز دیگر نگه دارند. غذا تمام شده بود و به دلیل نبودن سازماندهی درست، برآورده شد ۱۵۰۰۰ نفر از زوار به زور راه خود را به داخل عراق باز کردند و در این گیر و دارها چندین نفر از مردم و از جمله چند سرباز، کشته شدند^{۴۷۱}.

رخدادهای بیماری‌های همه‌گیر از جمله وبا و طاعون در دهه‌های بعدی موجب شد که هر دو طرف، ایران و عثمانی، همدیگر را سرزنش کنند. دولت عثمانی ایران را به دلایل مختلف متهم می‌کرد و از جمله کردهای ایرانی و حمل اجساد مردگان را عاملی برای انتقال بیماری می‌دانست و مورد سرزنش قرار می‌داد. تولوزان که نمایندگی ایران در این جریان را به عهده داشت، بیان کرد که منشاء بیماری در میان کردهای عراقی بوده است. او پیشنهاد پیاده‌سازی یک برنامه بهداشتی در میان ایللیاتی‌ها را به عثمانی‌ها داد که نیاز به ایجاد مانع بهداشتی را برطرف می‌کرد^{۴۷۲}. در سال‌های ۱۸۹۰-۱۸۸۹، نه تنها نظارت قرنطینه‌ای در خانقین برای افرادی که از سوی ایران می‌آمدند وجود داشت بلکه در همان زمان، ایران یک ساختار قرنطینه‌ای موقتی داشت که این از موضوع گام‌هایی که برای توقف انتشار وبا در سپتامبر ۱۸۸۹ برداشته شد، هویدا است.

در آن زمان نه تنها به مسافری، بلکه به میوه، گوشت و حتی زغال نیز اجازه عبور داده نمی‌شد^{۴۷۳}. برابر گزارش ایزابلا برد (Isabela Bird)، مسافر بریتانیایی که در سال ۱۸۹۰ در خانقین به سر می‌برد سیستم قرنطینه‌ای هر چیزی بود به جز این که مؤثر باشد، و چون مسافران تحت قرنطینه، در محلی نگهداری می‌شدند که پر از کثافات بود، مسلماً نظر افراد و طرفداران نظریه ضد واگیری بیماری مثل تولوزان که بحث می‌کردند وجود قرنطینه ایده بدی بوده است را تأمین می‌کرد.

قرنطینه‌ها در ورودی‌های ایران همه چیز در خود دارد ولی تأمین زغال

⁴⁷¹ De Gobineau 1959, p. 34.

⁴⁷² Elgood 1951, pp. 526-28; Lorimer 1915, vol. 2, pp. 2537, 2540; Bulmus 2012, pp. 155-56.

⁴⁷³ Bird 1891, vol. 1, p. 70; Abbasi and Badi'i 1372, pp. 69-71.

متوقف است و با کمیابی زغال در خانه، من هم همانند بیشتر ساکنین، بدون آتش مانده‌ام. کاروانسرای بزرگ، خارج از دیوارهای شهر، به عنوان محل دائم قرنطینه، مورد استفاده قرار می‌گیرد و سه کاروانسرای دیگر به عنوان اقامتگاه افراد با بیماری‌های همه‌گیر، به کار برده می‌شود. سوای این گونه تدارکات، مسئولین از طریق پرداخت پول، مقدار زیادی دارایی به دست می‌آورند. ولی از هر چیز بدتر و وحشتناک‌تر شرایط بهداشتی این مکان‌ها است. به نظر می‌رسید که آب آشامیدنی عامل تب حصبه و وبا باشد. محبوسان بدبخت در سوراخ‌های نامناسب برای حیوانات، جمع می‌شوند، هوای طاعون‌آور تنفس می‌کنند و با انباشتی از ترس‌های قدیم و جدید احاطه شده‌اند که هر آن رخداد بیماری‌هایی همچون تب تیفوس، وبا و یا طاعون، در آن انتظار می‌رود.^{۴۷۴}

یکی از مشکلات جانبی بهداشت، حمل و نقل اجساد مردگان بود که به تنهایی تهدید بالقوه‌ای برای سلامت همگانی محسوب می‌شد. در آغاز، هیچ ایستگاه قرنطینه‌ای در قصر شیرین وجود نداشت؛ در صورتی که آن طرف مرز عراق - عثمانی، قرنطینه وجود داشت. حمل اجساد در کرمانشاه مورد نظارت قرار می‌گرفت و مأمور بهداشت اجازه حمل جسد را صادر می‌کرد تنها وقتی که اطمینان پیدا می‌کرد جسد کاملاً خشک شده و یا این که حداقل ۳ سال از فوتش گذشته و در تابوت بوده است. تنها زمانی که یک بیماری واگیر رخ داد، یک پست بهداشتی قرنطینه، در قصر شیرین، دایر گردید (پیوست یک این فصل)^{۴۷۵}.

بنابراین، در کرمانشاه، مأمور بهداشت عمومی که از اعضاء مجلس حفظ الصحه بود، بررسی می‌کرد که آیا جسد خوب بسته بندی شده و آیا می‌توان آن را به خانقین حمل نمود یا نه؟ چنانچه همه چیز مورد تأیید قرار می‌گرفت، تابوت محتوی جسد،

⁴⁷⁴ Bird, vol. 1, p. 70.

⁴⁷⁵ Government of Great Britain 1945, pp. 412-13.

مهر و موم می شد ولی جهت بررسی دوباره، در خانقین، باز می گردید. اگر جسد در خانقین مورد تأیید قرار نمی گرفت، بلافاصله در همان محل دفن می گردید. نرخ بازرسی هر جسد در کرمانشاه دو تومان و یک قران هم برای مهر و موم دریافت می گردید و در خانقین نیم پوند یا لیر عثمانی بود^{۴۷۶}.

در سال ۱۹۰۷، مالیات جمل اجساد به ۷ قران افزایش یافت که توسط مسئولین محلی مجلس حفظ الصّحّه، دریافت می گردید. پولی که به دست آمده بود صرف ساخت ایستگاه قرنطینه بین کرمانشاه و کربلا شد. مجلس از دولت درخواست نمود تا ۱۰٪ از درآمد حاصله از عوارض اسب و گالسه‌ها را برای استفاده واکسیناسیون همگانی تخصیص دهد. با توجه به رخداد بیماری وبا در کرمانشاه، دولت ضمن اقدامات دیگر، بودجه‌ای جهت تأمین پزشکان، داروها و اقامتگاه‌های برای بیماران همه‌گیر، در اختیار قرار داد^{۴۷۷}.

در نوامبر ۱۹۰۳، در پی همه‌گیری وبا در کربلا، مسئولین عثمانی از حرکت زوار به کربلا و انتقال و دفن اجساد در مناطق مقدس شیعه، جلوگیری کردند. همچنین به مسئولین ایرانی گوشزد نمودند که به زوار و خانواده‌های ایرانی گفته شود انتقال اجساد مردگان، در حال حاضر، ممنوع می‌باشد. گرچه مسئولین ایرانی این پیام را به اطلاع مردم رساندند اما هنوز هم عده‌ای از مردم به کربلا می‌رفتند و یا این که قصد رفتن داشتند. بنابراین، مقررات قرنطینه‌ای در مرزها به شدت اجرا گردید و به مدیر گمرک، مولیتور (Molitor)، قدرت تام داده شده تا قوانین و مقررات قرنطینه را به شدت اجرا کند. از تهران، تعداد ۵۰ یا ۱۵۰ قزاق برای کمک به برپایی قرنطینه و همچنین چادرها و داروها فرستاده شد.

⁴⁷⁶ DCR 590 (Kermanshah, 1902), pp. 12-13.

در سال ۱۹۰۴، ۳۵ قران به ازای هر جسد می‌بایست به مسئولین ترک در کرمانشاه پرداخت می‌شد و ۰/۵ پوند عثمانی در خانقین، یعنی جایی که ایستگاه قرنطینه دائمی ترکی وجود داشت. زوار به پرداخت ۱۰ پیاستر مالیات قرنطینه در خانقین اجبار داشتند.

Scott 1905, p. 622.

⁴⁷⁷ Elgood 1951, p. 531.

دکتر قصری و میرزا حیدرخان، پزشکان مسئول قرنطینه بودند. ایستگاه‌های قرنطینه‌ای در قصر شیرین، ماهیدشت و بیستون برقرار شد که زیر نظر اداره گمرک کار می‌کردند.^{۴۷۸} در ۲۷ آگوست ۱۹۰۴، روک (P. Raucy) مأمور بلژیکی گمرک از انزلی که در این شهر خدمات بهداشتی بنیاد نهاده بود، به کرمانشاه منتقل شد تا در آنجا خدمات بهداشتی را سر و سامان بدهد. اما خود او در اثر ابتلاء به وبا، در اواخر سال ۱۹۰۴، فوت کرد.^{۴۷۹} در همان سال، سیستم قرنطینه‌ای واقع در مرز عراق، به شدت مورد آزمایش قرار گرفت و نقص خود را نشان داد. زیرا در همان زمان یکی از علماء برجسته نجف با تعداد زیادی از طلبه‌های خود عازم زیارت مشهد بود. کارکنان قرنطینه کرمانشاه از ورود آن‌ها به شهر جلوگیری کردند و اصرار داشتند تا مشخص شدن وضعیت سلامت آن‌ها، باید در قرنطینه بمانند، زیرا وبا در نجف شایع شده بود. طلبه‌ها به مأمورین قرنطینه گفتند: "یا قدم حضرت آقا، مقدس و رحمت آمیز است و هر کجا که قدم بگذارد در آنجا هر گونه بلایی باشد، برطرف می‌شود، بنابراین، هیچ احتیاجی به تشریفات قرنطینه‌ای نیست". مأمورین گفتند که حضرت آقا در کربلا و نجف تشریف داشته‌اند که در آنجا از بیماری همه‌گیر، پیشگیری نشده است و طلاب با چوب و چماق جواب آن‌ها را دادند. سپس با سرعت وارد شهر کرمانشاه شدند و روز بعد، چند نفر از آن‌ها، مریض شدند و ۲۳ نفرشان فوت کردند. باقیمانده آن‌ها به شهرهای بروجرد، اصفهان، همدان و جاهای دیگر متفرق گردیدند و هیچ کس شهادت توقف آن‌ها را نداشت و بدین سان، وبا انتشار یافت. سرانجام از طریق قم به تهران آمدند و بیماری را در تهران نیز شایع کردند. ثروتمندان به کوه‌ها و تپه‌های اطراف شهر پناه بردند و فقرا باقی ماندند و در نتیجه تعداد زیادی از آن‌ها، قربانی بیماری شدند.

حاج سیاح که وقایع نویس این رویداد بود، چنین نوشت: "در ایران همیشه اوضاع

⁴⁷⁸ Scott 1904, pp. 621-22.

⁴⁷⁹ Tavili 1371, vol. 2, p. 208; Destrée 1976, pp. 117, 346.

به همین منوال است^{۴۸۰}. بنابراین، در فوریه ۱۹۰۸ ام. سزاری (M. Cesari) از اداره گمرک، به کاپیتان های ورث (Capt. Hay Worth)، کنسول بریتانیا، طرح موضوع کرد که در ایران سیستم قرنطینه وجود داشته ولی به عنوان یک اقدام سیاسی از آن استفاده می شد و وجود یا نبود بیماری طاعون به وجود آن بی ارتباط است^{۴۸۱}. در آوریل ۱۹۰۸، بنگارد (Dr. Bongard)، به منظور تأسیس سیستم قرنطینه علیه بیماری، از تهران به قصر شیرین رفت. در این جریان، سزاری (Dr. M. Cesari) نیز او را همیاری می کرد. آن ها در ماه ژوئن به تهران برگشتند^{۴۸۲}. ولی از سال ۱۹۱۰، همه افرادی که از بغداد می آمدند مجبور بودند که در قصر شیرین مورد معاینه پزشکی قرار گیرند^{۴۸۳}.

اجلاس بهداشت ۱۹۰۳، به بازرسی از همه کشتی ها نخست در تنگه هرمز و در مرحله دوم در بصره تأکید داشت. هر کشتی از بندری می آمد که آلوده به بیماری مسری

⁴⁸⁰ Sayyah 1347, pp. 535-36.

به دلیل این رویداد، گزارش شده که مجتهد اعظم نجف "شخصاً نوعی حکم تکفیر بر علیه سزاری صادر کرده که در آن بیان شده هر مسلمانی که او را بکشد عمل ثواب و خیری انجام داده است." این عمل در مقابل رفتاری بود که او با زوار انجام می داد. "به من اطمینان داده شد [که این رفتار] خدمات گمرکات بلژیکی را بی نهایت غیرمحبوب عامه جلوه داد." او علما را مورد تجسس بدنی قرار داد و حتی دستان خود را به زور وارد پرده های کجاوه هایی که زنان آنان را حمل می کرد، فرو برد. سزاری همچنین یک گروه از زوار روس را که از مرز بدون پرداخت عوارض عبور کرده بودند به شدت کتک زد.

IOR/L/PS/10/143/1, File 1421/1908 Pt 1 'Persia: oil; D'Arcy Oil Syndicate', Sir A. Hardinge to the Marquess of Landsdowne 27/01/1904, pp. 2-3.

⁴⁸¹ Political Diaries, vol. 3, p. 134.

سزاری، اهل جزیره کورس بود و پس از این که موفق به ورود به دانشکده پلی تکنیک نشد، شانس خود را در روسیه آزمایش کرد یعنی جایی که به عنوان مخبر مجله فرانسوی دو سنت پترسبورگ، به مدت چند ماه مشغول به کار شد. سپس به مشهد رفت و در آنجا به عنوان معلم فرانسوی بچه های عین الدوله حاکم، مشغول به کار شد. اما او به شدت ناامید شد، هم از بابت دانش آموزانش و هم از مبلغ حقوقی که به او قول داده شده بود. بنابراین، به عشق آباد رفت و چند ماه نزد خانواده روئل (Reveille) ماند. سپس او آلمانی (D'Allemagne) را به سوی مشهد همراهی نمود. در سال ۱۹۰۲، شانس با او یاری کرد و به عنوان کارمند رسمی گمرک توسط دولت ایران استخدام شد.

d'Allemagne 1911, vol. 1, pp. iii, iv.

⁴⁸² Administration Report 1908, p. 48.

⁴⁸³ IOR/L/PS/10/184, File 3004/1910 'Tehran Sanitary Council', Neligan to Minister, Tehran, 08/08/1911.

بود، می‌باید به مدت ۵ روز قبل از این که بتواند به حرکت خود ادامه دهد تحت نظارت قرنطینه قرار بگیرد. به دلیل فشارهای بین‌المللی، عثمانی‌ها خواسته‌هایشان را از قرنطینه هرمزرها کردند و خود را بر روی شبکه قرنطینه‌ای خانقین، بایزید و بصره متمرکز و محدود کردند. بین سال‌های ۱۹۰۴-۱۹۰۳، تنها تعداد ۳۳۳۴ نفر ایرانی از طریق بصره وارد عراق شدند، در حالی که افراد ورودی از مرز خانقین، ۴۲۰۳۱ نفر بود.

بر این اساس، پست مرزی خانقین، ۶۵٪ تردها را از جانب ایران و بالعکس پوشش می‌داد. در همان زمان، مبلغ قابل ملاحظه‌ای از بابت عوارض عبوری زوار و عوارض بهداشت برای هر جسد که ۵۰ پیاستر (صد لیره) بود، دریافت می‌گردید. بین سال‌های ۱۹۰۹-۱۹۱۴ ۳۹۰۰ جسد و در سال‌های ۱۳-۱۹۱۲، ۷۵۵۸ جسد، از مرز گذشتند. بعضی از افراد، از جمله کلیمو (Dr. F. G. Clemow)، نماینده بریتانیا در شورای عالی بهداشت قسطنطنیه و نماینده فرستاده شده به کنفرانس بین‌المللی بهداشت ۱۹۱۱، بیان داشت که این گونه عوارض و مالیات‌ها، عادلانه نیستند زیرا هیچ‌گونه شواهدی دال بر این که این اجساد موجب نشر بیماری همه‌گیر شده باشند، وجود ندارد. او خواست دولت عثمانی (که حمل و نقل اجساد را به عنوان یک گاو شیرده برای کسب درآمد می‌دانست) فقط توجه داشته باشد که آیا زوار خطری برای سلامتی محسوب می‌شوند یا خیر؟^{۴۸۴} در ۱۲ ژوئن ۱۹۱۳، مجلس حفظ الصحه، از مشهد تلگرافی دریافت نمود مبنی بر این که یک بیماری همه‌گیر ناشناخته در تربت جام رخ داده است. همچنین در ۱۵ ژوئن ۱۹۱۳، یک بیماری همه‌گیر در کلهر ماهیدشت وجود داشت. برای بررسی اوضاع و نظارت، پزشکی ایرانی همراه با ۵۰ قزاق فرستاده شد. تعدادی مرگ و میر روی داد و جمعیت به اطراف گریخت. از آنجایی که مجلس دکتر حیدر میرزا را مأمور رسیدگی به طاعون کرده بود، نلیگان می‌خواست بداند که چرا، تا

⁴⁸⁴ Bulmus 2012, pp. 156-58.

کنون، این دکتر به این شهر نرفته است. البته دلیل نرفتن او کمبود پول بود. مجلس فقط مبلغ ۱۵۰۰۰ تومان داشت که آن نیز به خدمات بهداشتی دریای مازندران اختصاص داده شده بود.

از طرف دیگر، دولت نمی‌خواست پول بیشتری در اختیار مجلس بگذارد. در نتیجه پولی به کاریز فرستاده نشد. هیچ پزشکی به کرمانشاه نرفت و در ضمن، پزشک روسی نیز درخواست ۱۰۰۰۰ تومان کرده بود. در نتیجه، بین اعضاء مشاجره به وجود آمد، دکتر کاچه رئیس مجلس نیز با کلمات تند، خزانه دار کل، دولت ایران و اعضاء ایرانی مجلس را مورد خطاب قرار داد. او از استفاده پول برای مخارج و اهداف دیگر امتناع نمود زیرا هیچ‌گونه قطعیتی وجود نداشت که پولی که به خراسان فرستاده می‌شود به خوبی مصرف شود. نلیگان در مورد آخر همراه بود ولی با فرستادن پزشک به کرمانشاه موافقت داشت.

مجلس پیشنهاد نلیگان را پذیرفت و مبلغ ۱۵۰۰۰ تومان "برای مخارج قرنطینه و مقاصد دیگر بهداشتی، در بخشی از ایران در شمال نواری از خانقین و غیره، اختصاص یافت". این جریان باعث شد که پزشکانی نیز به کرمانشاه فرستاده شوند. از طرف دیگر، جریان مشهد در کمیته‌ای فرعی مورد گفتگو قرار گرفت و دو پزشک اروپایی جهت تهیه گزارش از شرایط کاریز، از مشهد به آنجا فرستاده شدند.^{۴۸۵}

در آوریل ۱۹۱۴، فیست منتل (Feistmantel) پزشک اتریشی سفارت و یکی از اعضاء مجلس حفظ الصحه، پیشنهاد تعطیل کردن سیستم‌های قرنطینه را داد و در عوض یک معاینه ساده در پاتاق زیر نظر دولت عثمانی را عنوان کرد. مجلس تصمیم گرفت تا گفتگو پیرامون این پیشنهاد را به تعویق بیاندازد و آن را به زمان دیگری موکول نماید.^{۴۸۶} کمیسیون بهداشتی که از طرف هیئت بهداشت استانبول فرستاده

⁴⁸⁵ IOR/L/PS/10/283, File 2612/1912 Pt 1 'Tehran Sanitary Council', Neligan to Minister, Tehran, 13/07/1913.

⁴⁸⁶ IOR/L/PS/10/284, File 2612/1912 Pt 2 'Persia. Tehran Sanitary Council', Neligan to Townley, 08/04/1914.

شده بود، خواستار برقراری یک ایستگاه قرنطینه در قصر شیرین شد. ساموئل خان، عضو ایرانی این هیئت، جهت تسلیم گزارش به تهران آمد. این چیزی بود که مجلس حفظ الصحه برای سال‌ها خواستار آن بود ولی بودجه‌ای در دسترس نداشت. ساموئل خان موفق شد که برای اتباع ایرانی که در کنار مرز زندگی می‌کردند، در زمان گذر از مرز، معافیت مالیاتی بگیرد^{۴۸۷}.

در اکتبر ۱۹۱۴، به علت رخداد بیماری وبا در بغداد، همان گونه که قبلاً در زمان شیوع بیماری‌های همه‌گیر انجام می‌شد، تصمیم گرفته شد که در نبود قرنطینه، یک پست نظارتی در قصر شیرین دایر گردد. پزشکی ایرانی با تجربه‌ای نیز در قصر شیرین حضور داشت. شورا از پزشک گمرک درخواست کرد تا در صورت نیاز در این کار همکاری کند. معاینات ساده پزشکی انجام می‌گرفت اما به دلیل ازدیاد تردد زوار، پست دیگری در پاطاق برپا شد، جایی که هر زوار می‌بایستی از یک تنگه باریک عبور کند. برپایی چادر برای اردوگاه نیاز بود ولی برای آن زمان از سال، چندان خوشایند نبود^{۴۸۸}. در دسامبر ۱۹۱۴، خبری منتشر شد که موردی از طاعون در قصر شیرین مشاهده شده است، یعنی جایی که به دلیل وجود طاعون در بغداد، مسافرین مورد معاینه قرار می‌گرفتند.

مجلس حفظ الصحه تصمیم گرفت پزشکی برای همکاری و ادامه معاینات پزشکی از کرمانشاه به قصر شیرین بفرستد، همچنین در فراهم آوردن پول و نگهبانان در جاهای مورد نیاز، انتقال سرم طاعون از آستارا به قصر شیرین و درخواست از مسئولین عثمانی در خانقین جهت همکاری اقدام نمود^{۴۸۹}. در اوایل ژانویه ۱۹۱۵، مجلس تصمیم

⁴⁸⁷ IOR/L/PS/10/284, File 2612/1912 Pt 2 'Persia. Tehran Sanitary Council', Neligan to Townley, 02/07/1914.

⁴⁸⁸ IOR/L/PS/10/284, File 2612/1912 Pt 2 'Persia. Tehran Sanitary Council', Neligan to Townley, 25/10/1914.

⁴⁸⁹ IOR/L/PS/10/284, File 2612/1912 Pt 2 'Persia. Tehran Sanitary Council', Neligan to Townley, 15/12/1914.

گرفت که یک ایستگاه قرنطینه کوچک در جاده بین کربلا و قصر شیرین برقرار کند.^{۴۹۰} ولی به دلیل این که این ناحیه در سال های ۱۹۱۵ تا ۱۹۱۷ صحنه جنگ بود، چنین اتفاقی نیافتاد.

سال ها بعد، سیستم بازرسی سلامت دایر گردید. در آگوست ۱۹۲۷، یک ایستگاه موقتی قرنطینه، به وسیله دولت ایران، در قصر شیرین تأسیس شد. به نظر رسید که این قرنطینه تصمیمی سیاسی برای فشار آوردن به عراق بود. تیمورتاش، وزیر دربار، به سفیر بریتانیا گفت این به تلافی رفتارهای بدی است که عراقی ها در حق ایرانیان روا می داشتند.^{۴۹۱} خود اردوگاه قرنطینه یک مکان موقتی و غیربهداشتی بود که نشانگر ویژگی اتفاقی برپا شدن آن بود. در نوامبر ۱۹۲۷، این ایستگاه به شرح زیر توصیف شده است:

”اردوگاه پایین شهر در کنار رودخانه واقع شده است. خیمه دو جداره بزرگی برای مسافری درجه یک تهیه شده است. تخت های آهنی همراه با رختخواب وجود دارد، اما ملحفه ها و روکش ها بسیار کثیف هستند. یک میز دراز پوشیده از پارچه شمعی با چندین صندلی مخروبه لقی، فراهم است. غذا از آشپزخانه ای که به ایستگاه قرنطینه متصل است آورده می شود. و نسبتاً کثیف و گران است. در هنگام روز خیمه پر از مگس است به طوری که تمام سطح میز و غذا را می پوشانند. آب آشامیدنی مستقیماً از رودخانه ای که قبلاً از میان شهر می گذشته است آورده می شود ولی جوشانده نمی شود اما فیلتری برای آن فراهم شده است. شرایط بهداشتی رقت بار است.

یک جوی عمیق آب وجود دارد که از میان اردوگاه می گذرد و روی آن دو تخته به طوری که بین آن ها فاصله ای است، برای گذر از این طرف به آن طرف،

⁴⁹⁰ IOR/L/PS/10/284, File 2612/1912 Pt 2 ‘Persia. Tehran Sanitary Council’, Neligan to Townley, 05/01/1915.

⁴⁹¹ IOR/L/PS/18/C215, No. 1.

گذاشته شده است. این سکو با نی بوری یا احاطه شده است. زمانی که من در قرنطینه بودم این مسیر آب در حال تمیز شدن بود و بوی تعفن رقت باری به مشام می رسید. در آنجا، من ندیدم که از توالت استفاده بشود، و حتی شک دارم که این توالت ها نیز توسط اروپاییان مورد استفاده قرار بگیرد. نمی توان تصور کرد که جایی بهتر از محیط ایستگاه قرنطینه برای زاد و ولد میکروب ها، از هر نوع، وجود داشته باشد. من دیدم که هیچ مراقبت پزشکی داده نمی شود. چنانچه موردی از بیماری وبا در آنجا روی می داد، همانند یک آتش بزرگی بود که در سرتاسر اردوگاه را فرا می گرفت. یک تک چادر جهت اقامت خانم های اروپایی در نظر گرفته شده است، اما در هنگام روز، غیر قابل سکونت است.^{۴۹۲}

دولت بریتانیا، در مورد این شرایط به ایران هشدار داد. دولت ایران پاسخ داد که فوراً گروهی متشکل از سه نفر از بهترین پزشکان با هواپیما به قصر شیرین فرستاده است. آن ها، پس از چند روز اقامت "تا آنجایی که امکان داشت کاستی ها را برطرف کردند". بر اساس گزارش پزشکان، دولت اقدام مناسب انجام می داد^{۴۹۳}.

ایستگاه قرنطینه، مدتی طولانی ای دوام نیافت، زیرا در سال های ۱۹۳۰، مسافرینی که از عراق به قصر شیرین می رسیدند، به بیمارستان - دواخانه محلی، فرستاده می شدند. در آنجا می بایستی گواهی واکسیناسیون و مایه کوبی اخیر را ارائه دهند تا اجازه ورود به کشور به دست آورند^{۴۹۴}. در سال ۱۹۳۶، زمانی که گزارش شد که در پشت کوه، طاعون روی داده است، در ۱۶ فوریه همان سال دکتر دفتری، مدیر سلامت عمومی در کرمانشاه، همراه با ۱۵ نفر، برای بررسی اوضاع به آنجا رفت. گرچه

⁴⁹² FO 486/81, July-December 1927, مکاتبات بعدی درباره ایران،

یادداشتی پیرامون شرایط اردوگاه قرنطینه قصر شیرین توسط آقای کوفی، p. 206.

⁴⁹³ FO 486/81, July-December 1927, مکاتبات بعدی درباره ایران، مکاتبه از اداره بهداشت به تاریخ، (August 29, 1927), p. 206. پنجم شهریور

⁴⁹⁴ Alexander 1934, p. 19.

موردی از طاعون دیده نشد ولی او ایستگاه‌های نظارتی را در تهران و دهلران مستقر کرد. به دلیل این که طاعون در آن سوی مرز، در کوت اماره رخ داده بود، اقدامات و احتیاطات لازم را در پیش گرفت. در زمانی که او مقررات قرنطینه را در پست مرزی اصلی برپا نمود، به هیچ کس حق عبور از مرز داده نشد، ولی مردم از حد فاصل میان پست‌های مراقبتی به سادگی عبور می‌کردند.^{۴۹۵}

جمع بندی و نتیجه گیری

مسری یا غیرمسری بودن، پرسش اصلی این بود. کاملاً روشن است که طرفداران نظریه ضد مسری بودن بیماری‌ها، در نبود ادله قابل اعتبار، نیاز به وجود قرنطینه را به چالش می‌کشیدند. گرچه فواید و اثر قرنطینه همیشه مثبت نبود، ولی اقدامات بهداشتی، آشکارا اثرات سلامت عمومی مثبت از خود نشان می‌دادند. مسلماً در کشوری مثل ایران با زیرساخت‌های در حال توسعه و محدودیت نیروی انسانی و سرمایه و منابع محدود، ملموس است که تا حد امکان باید از منابع که کارآمدترین می‌باشند، استفاده گردد. از این جهت، تولوزان برای ایجاد یک سیستم قرنطینه با کیفیت، مردد بود و در عوض برنامه بهداشتی پیشگیرانه را ترجیح می‌داد. ولی زمانی که طرفداران نظریه مسری بودن، در بحث و گفتگوها پیروز شدند، فشار بین‌المللی برای توقف و انتشار وبا و طاعون از آسیا از طریق خلیج فارس و ایران افزایش یافت. در این خصوص، به ویژه دولت عثمانی، از ایران درخواست نمود از این نظر که ایران نقطه انتقال این بیماری‌ها باشد، این جریان متوقف شود. روسیه نیز در این مورد چنین درخواستی را داشت. بریتانیا علاقمند به مهار و انتشار بیماری‌های واگیردار از طریق خلیج فارس بود، مشروط به این که این اقدام منتهی به ابراز و اعمال نظر ملل دیگر در ایران و پیرامون چگونگی به کارگیری قرنطینه در بنادر خلیج فارس نشود. به ویژه، بریتانیا می‌خواست

⁴⁹⁵ FO 371/45488, Kermanshah, Monthly Diary February 1945, p. 30.

جلوی روسیه برای تبدیل شدن به تهدید هندوستان را بگیرد و این به معنای آن بود که روسیه نمی‌بایست در قرنطینه خلیج فارس درگیر شود و اجازه داده نشود که روسیه از قرنطینه شمال ایران برای صدمه زدن به تجارت بریتانیا، استفاده کند.

از موارد بالا چنین بر می‌آید که همه شرکت کنندگان در بحث و گفتگو ایجاد قرنطینه، پیگیر اهداف سلامت همگانی مردم نبودند، بلکه جملگی از این تریبون برای پیشبرد و حفاظت از منافع سیاسی و تجاری خود استفاده می‌کردند. واقعیت این موضوع نه تنها به طور خاص برای روسیه و بریتانیا مصداق داشت، بلکه خود ایران نیز چنین منظوری را دنبال می‌کرد. ایران در سال ۱۹۲۷، برای این که بتواند به دولت عراق برای یک مورد غیرمرتبط، فشار سیاسی بیاورد قرنطینه‌ای در مرز عراق مستقر نمود. استفاده یا سوءاستفاده از مسائل امور مردمی برای مقاصد دیگر، مسلماً چیز تازه‌ای نیست. در واقع استفاده از شبح وبا برای نفوذ در صحنه سیاسی ایران، بارها انجام شده است. برای نمونه، سلطان یعقوب با شایعه فتنه‌گران که وبا در تبریز رخ داده سال‌ها از تبریز دور ماند^{۴۹۶}.

وجود قرنطینه نه تنها به روند تجارت آسیب می‌زد، بلکه برای مردم شهرهایی که بیماری در آن‌ها شایع می‌گردید نیز ضرر و زیان داشت. این آسیب و ضرر نه تنها از این که قرنطینه در جلوگیری از انتشار بیماری‌های واگیردار موفق نبود بلکه به خاطر این بود که کاروان‌ها نمی‌توانستند به شهرها بیایند و به دلیل کم شدن ورودی کالاها قیمت اجناس روز به روز، افزایش می‌یافت. این روند در همه جا صدق می‌کرد. همانند مورد مشهد در سال ۱۹۱۲، یا آوریل ۱۹۴۵ که به دلیل وجود قرنطینه در بندرعباس، شمار شناورهایی که از سواحل جنوبی محموله‌گندم و جو می‌آوردند، کاهش یافت و در نتیجه قیمت مواد خوراکی در شهر افزایش یافت^{۴۹۷}.

⁴⁹⁶ Minorsky 1957, p. 107.

⁴⁹⁷ IOR/R/15/2/327, 'File 8/29 Bandar Abbas Diaries', Consulate Diary no. 7, 1st-15th April 1945, p. 3.

در آغاز اثر قرنطینه و اقدامات پیشگیرانه وابسته به آن از جانب مردم عامی با مخالفت شدیدی رو به رو می‌شد، زیرا آن را مخالف با مقررات و اصول اسلامی می‌دانستند؛ همانند موارد پیش آمده در بوشهر، بندر انزلی و نصرت‌آباد که درباره آن‌ها بحث شد. در این سه شهر آشوب و طغیان در زمانی که طاعون رخ می‌داد و اقدامات قرنطینه‌ای انجام می‌شد اتفاق افتاد زیرا طاعون "شکلی از مرگ بود که عمدتاً با آن آشنا نبودند".

بنابراین، مردم مقررات بهداشتی را بیشتر وجود امری تحمیلی می‌دانستند تا حافظ منافع خود^{۴۹۸}. در واقع، مردم از این که مجبور بودند گواهی‌های بهداشتی از پزشکان غیرمسلمان بریتانیایی دریافت دارند و این پزشکان خانه‌هایشان را بازرسی کنند، خشمگین بودند و حتی این مخالفت‌ها تا جایی پیش رفت که موجب اغتشاش و تظاهرات ضد بریتانیایی سال ۱۸۹۹ بوشهر گردید^{۴۹۹}. از مطالب بالا چنین بر می‌آید که ایران قبل از این که دارای سازمان و چهارچوبی بشود که بتواند در مقابل بیماری‌های همه‌گیر مقابله و اقدام کند، زمانی طولانی لازم داشت.

تنها در سال ۱۹۰۴ بود که مجلس حفظ الصحه دائمی شد، اگر چه این مجلس در ابتدا نه کارایی داشت و نه بودجه‌ای در دست و نه کارمندی. این فقط در خلیج فارس بود که خدمات قرنطینه‌ای بریتانیایی به صورت دائم برقرار بود و نیروی کاری داشت که خود را وقف انجام وظیفه کرده بود و به خوبی نیز مجهز گردیده بود. پس از سال ۱۹۱۱ بود که چهارچوبی سمبلیک (ساختگی) نیز در سایر نقاط ایران به وجود آمد که اغلب نیز توسط «مجالس حفظ الصحه» شکل گرفته در محل، سامان می‌یافت. در عین حال،

⁴⁹⁸ Elgood 1951, p. 524.

⁴⁹⁹ Wright 2001, p. 127; Elgood 1951, pp. 526-27, 550.

برای جزئیات اجرای توافق‌نامه شامل تلاش‌های خدمات گمرکی جهت کنترل بر ترتیبات بهداشتی در خلیج فارس و همچنین شیطنت‌های وابسته به روس‌ها، بنگرید

Lorimer 1915, pp. 2547-51.

به نظر می‌رسد بنا به درخواست‌های بین‌المللی، ایران به ساماندهی قرنطینه، هر چند به شکل حداقلی، در سال ۱۹۰۹ تن داد. ماده ۳۵ اجلاس به روشنی صراحت داشت که "هر کشوری نیازمند حداقل یک مجموعه تجهیزات قرنطینه‌ای شامل اجاق ضد عفونی کننده، دستگاه کلی تون (Clayton) و آسایشگاه برای بیماران در هر مرز دریایی است". ایران رسماً توافق را پذیرفته بود. سوا از اجاق‌های ضد عفونی کننده و آسایشگاه‌های (برای بیماران جداسازی شده) خلیج فارس (هر چند بی‌اثر) چنین به نظر می‌رسد که آسایشگاه‌ها به خوبی محافظت می‌شدند. ولی بنا به اظهار نظر بریتانیایی‌ها "می‌بایست ارتقاء یابد و در شرایط فعلی ناامید کننده است"^{۵۰۰}.

جدول ۳-۲: ایستگاه‌های قرنطینه و کارکنان آن‌ها (۱۹۲۴)

نام ایستگاه	پزشک	شماره کارکنان	مارک واحد گندزدایی	ملاحظات
خرمشهر	۱	۱۲	ولوکس	مسافری درجه ۱-۲-۳
بوشهر	۲	۱۴	بومن	مسافری معمولی همه درجه‌ها
بندرعباس	۱	۱۷	ولوکس	نیاز به تعییرات
لنگه	۱	۹	ولوکس در وضعیت بد	فقط مسافری درجه ۳
جاسک	۱	۱۰	ولوکس	فقدان تجهیزات
بندر انزلی	۱	۷	دهیتر	کنترل عفونی
آستارا	۱	۴	دهیتر	کار نمی‌کند
جلفا	نامعلوم	۱	نامعلوم	نامعلوم
کرمانشاه	نامعلوم	نامعلوم	نامعلوم	نامعلوم
قصر شیرین	-	-	-	هیچ ساختمان نظارتی وجود ندارد.

Gilmour 1924, pp. 20-24.

⁵⁰⁰ IOR/L/PS/10/184, File 3004/1910 'Tehran Sanitary Council', Neligan to Barclay 17/09/1909.

توافق بین دولت‌های هند و ایران، برای دولت ایران سودمند بود. جراح نمایندگی بریتانیا در بوشهر به طور تمام وقت مأمور سازماندهی قرنطینه در خلیج فارس شد و پزشکان بریتانیایی همهٔ موارد آن را به اجرا در آوردند. مخارج نگهداری آن ماهیانه ۱۴۸۰ روپیه (سالانه ۱۱۸۴ پوند) بود که از جانب ایران پرداخت می‌شد و مبلغ ۳۴۰ روپیه به صورت سالانه (۲۷۲ پوند سالانه) نیز از جانب دولت هند برای سه ایستگاه خرمشهر، بندرعباس و لنگه تأمین می‌گردید. در بوشهر و جاسک، به ترتیب، دستیاران جراح وابسته به نمایندگی بریتانیا و ایستگاه تلگراف کار انجام می‌دادند. نظارت بر امور مالی مربوط به اداره گمرک بود و مأموران قرنطینه همهٔ دریافتی‌ها را به آن انتقال می‌دادند.^{۵۰۱}

در سال ۱۹۲۶، زمانی که دولت هند به دولت ایران اطلاع داد که از این پس سرمایه‌گذاری بر روی وسایل و تجهیزاتی وابسته به قرنطینه را در خلیج فارس کاهش می‌دهد، دولت ایران که از سیاست جایگزینی کارمندان ایرانی به جای خارجی‌ها پیگیری می‌کرد بخشی از سیاست خود را بر برابر پایان دادن به نفوذ خارجی‌ها بر ایران استوار کرد، و خواستار اداره کامل سیستم قرنطینه شد. این خواسته به میل دولت‌های بریتانیا و هند نبود، ولی در عین حال آن‌ها نمی‌توانستند حقوق مطلق ایران را بر مؤسساتی که در درون قلمرواش بود، انکار کنند. علیرغم نگرانی‌های دولت بریتانیا و خود اداره بهداشت ایران، هیچ‌گونه اتفاق ناگواری پیش نیامد. پس از جولای ۱۹۲۸ که سیستم قرنطینهٔ خلیج فارس از دست بریتانیایی‌ها خارج و به دست ایرانیان افتاد، دولت ایران عملکرد خوبی از خود نشان داد. در هر نقطه از ایران که نیاز بود نیز دولت می‌توانست قرنطینه دایر کند. سیستم سلامت عمومی بدتر نشد، حتی ایران برای بهبودی سیستم قرنطینه سرمایه‌گذاری کرد. تجهیزات، وسایل و ساختمان‌های جدید به وجود آمدند و یا این که تعمیر شدند. برای اطمینان به پیشرفت کارها و مصرف مناسب بودجه، بازرسی‌هایی نیز

⁵⁰¹ IOR/L/PS/10/132, File 345/1908 Pt 1 'Mohammerah: situation. British assurances to Sheikh.', par. B, p. 10.

صورت گرفت. حتی ایران در منطقه خلیج فارس «بوشهر» قرنطینه‌ای فولادی به وزن ۳۰ تن به نام ابن سینا احداث کرد که مجهز به دستگاه ضد عفونی کننده بود. این قرنطینه ظرفیت ۶۰ نفر را داشت. در سال ۱۹۴۱، اداره بهداشت اعتباری جدید جهت تعمیر ابن سینا داد^{۵۰۲}. البته خدمات سیستم قرنطینه‌ای ایران خالی از عیب و اشکال نبود، ولی ایرانیان از اشتباهات خود درس آموخته و نشان دادند که در پناه اثرگذاری برنامه، در مسیر انجام وظیفه، گام بر می‌دارند.

مسلماً، خدمات قرنطینه‌ای ایران بدون مسائل اختصاصی و ویژه خود نبوده است. اقدامات قرنطینه‌ای در جهت کنترل انتشار بیماری‌های مسری در داخل کشور، همیشه انجام نمی‌شده است. برای مثال، «تب مخملک در تبریز در طی سال (۱۹۳۱) همه گیر و ۶۰۰۰ مرگ از این بیماری ترسناک در شهر گزارش شده است. بدبختانه، هیچ‌گونه مقررات قرنطینه‌ای وجود ندارد و در نتیجه بسیار دشوار است که بیماری را کنترل کرد. در موارد بسیاری، بزرگسالان نیز همچون کودکان دچار بیماری شدند»^{۵۰۳}. با این وجود، خدمات قرنطینه‌ای بهبودی یافت و از اشتباهات خود آموخت و نشان داد که در مسیر انجام وظیفه است و این موضوع از کارآمدی برنامه‌های آن نشان داده شده است.

همچنین مقامات رسمی بهداشت، تلاش کردند که بهسازی در شهرهایی که انتخاب کرده بودند بهبود ببخشند و از این رو، بعضی از اعمال غیربهداشتی و منافی سلامت را در معرض بازبینی و رصد قرار دادند. یک گام مثبت در کرمان برداشته شد که نمونه آن بستن مخازن حمام در حمام‌های عمومی و چسباندن اطلاعیه تعطیلی بر آن‌ها در میانه سال ۱۹۳۳ بود. با این وجود، مسلمانان اصولگرا به تهران شکواییه

⁵⁰² IOR/L/MIL/17/15/40, 'Persia Intelligence Report. May, 1946', p. 40; IOR/L/PS/12/3713, Persian Gulf Diaries, Bushire 1941, p. (no. 118).

جهت اقدامات قرنطینه‌ای و مکان ایستگاه‌های بهداشتی در سال‌های ۱۹۴۰، به صورت عمومی بنگرید Government of Great Britain 1945, pp. 412-13.

⁵⁰³ Minutes to the General Assembly of Presbyterian Church in the USA, Third Series- Volume XI-1932, Part II. Philadelphia, July 1932, p. 173.

فرستادند و بیان کردند که به دلیل این اقدام، نمی توان غسل شرعی انجام داد. در نتیجه، در پایان سال، دستور آمد که این برچسب ها برداشته شوند. "با این وجود، اکثر حمام ها، به دوش حمام که جدیداً شناخته شده بود مجهز شدند".

در نوامبر ۱۹۳۳، به همه حاکمان استانی اطلاع داده شد که از نوامبر آن سال پرداخت برای اداره های بهداشت از بودجه عمومی قطع گردیده و از آن تاریخ شهرداری های مربوطه باید اقداماتی برای پرداخت خدمات بهداشتی در مناطق خود به عمل آورند. با در نظر گرفتن شرایط فقیرانه اکثر شهرداری ها، عدم قطعیت یافتن بودجه عمومی سالانه آن ها و این واقعیت که آن ها می باید اجازه از تهران برای برقراری مالیات های محلی جهت سرمایه گذاری بر عملکردهای شهری فاقد بودجه داشته باشند، شرایط دشوار آن ها را نشان می داد.^{۵۰۴} یکی از وظایف اولیه مأموران پزشکی شهرداری، بازرسی هفتگی یا ماهیانه از آرایشگاه ها، نانواپی ها، فروشندگان میوه و قهوه خانه ها و دوبار در هفته از فاحشه خانه ها بود.^{۵۰۵} گاهی اوقات تلاش های بهداشتی با دیواری از جهل رو به رو می شد، مانند آن چه که در سال ۱۹۳۲ در بیرجند روی داد. در این شهر، بیماری تیفوئید افزایش یافت زیرا آب لوله کشی که سال پیش برقرار شده بود آلوده گردیده بود "اما این باور ایرانیان درباره هر چیز جدید است و بر همین اساس نمی پذیرند که آب شبکه آب رسانی گران قیمت می تواند غیربهداشتی باشد"^{۵۰۶}.

با وجود بودجه های ناچیز و گاهی اوقات جهل پیرامون اهمیت کار، مأمورین سلامت، تلاش خود را ادامه دادند و در پیشگیری از انتشار بیماری های مسری اهتمام ورزیدند. برای مثال، در کرمان در سال ۱۹۴۵، پزشکان اداره بهداشت به صورت منظم به بخش های گوناگون شهر، به ویژه در مکان هایی که افراد فقیر زندگی می کردند،

⁵⁰⁴ Administration Report 1933, p. 39; Floor 2016, pp. 515-18.

⁵⁰⁵ Administration Report 1939, p. 18; Administration Report 1940, p. 22.

⁵⁰⁶ HBM's Consulate, Sistan and Kain, Diary for July 1932, p. 1, IOR/L/PS/12/3403, Coll 28/8 'Persia; Diaries; Sistan & Kain, April 1927 - 1933'.

فرستاده می شدند تا بینوایان و گدایان را گردآوری نمایند. پزشکان بنا به تشخیص خود افرادی را به نواخانه معرفی می شدند تا اسکان داده شده و تغذیه شوند. بیماران در بیمارستان اپیدمیک (بیمارستان مبارزه) تحت درمان قرار می گرفتند و پس از این که تندرستی به دست می آوردند به نواخانه کرمان فرستاده می شدند. بدین طریق، ۱۶ مورد همه گیری تیفوس و ۸۶ مورد همه گیری اسهال خونی، با موفقیت تحت درمان قرار گرفتند. یک کمیته حمایت از فقرا شکل یافت تا به اداره بهداشت در جمع آوری افراد فقیر جهت تفکیک در نواخانه کمک کند^{۵۰۷}. خوشبختانه، با گذشت زمان، با کار انستیتو پاستور، راه اندازی پیکارهای گسترده جهت ریشه کنی بیماری های بومی که در آغاز دهه ۱۹۵۰ آغاز شدند و گسترش بهداشت عمومی و خصوصی بهتر در میان مردم آموزش دیده و بهتر آگاه یافته، وضعیت بهداشت، بهبود یافت.

⁵⁰⁷ Administration Report for 1944, IOR/L/PS/12/3720A, Coll 30/9(2) 'Admin. Reports of the Persian Gulf - 1945 -', p. 9.

ضمیمه یک

خدمات بهداشتی ترکیه و زیارت عتبات

مقررات اجساد تازه: از نظر اصولی هیچ جسد تازه‌ای اجازه دفن در کربلا یا نجف ندارد، مگر این که مرگ جایی اتفاق افتاده باشد که برای آوردن از آن شهرها دوازده ساعت وقت یا بیشتر نیاز باشد. در نتیجه، چنین جسد‌هایی نباید از خارج از کشور وارد شوند مگر این که نزدیکان متوفی چنین تقاضای ویژه‌ای را داشته باشند تا جسدی که کمتر از سه سال از فوت او گذشته باشد، مورد پذیرش قرار گیرد. چنین درخواست‌هایی در سال‌های اخیر خیلی متداول شده بودند. در هر مورد، هیئت مجوز را به شرط برآوردن بعضی از شرایط مربوط به حمل جسد، صادر می‌کرد. این شرایط در "قوانین پیرامون نبش قبر، بیست و هفتم دسامبر ۱۸۶۲، قسطنطنیه لحاظ شده بود".

هر جسد نیاز به یک گواهی پزشکی داشت مبنی بر این که مرگ آن شخص ناشی از بیماری عفونی نبوده است، همچنین نیاز داشت که جسد در تابوتی با پوشش سربی با ضخامت ۳ میلی متر گذاشته شود و سپس درب تابوت با پیچ بسته و با سه تسمه آهنی احاطه شود. گواهی صادر شده نیاز داشت که مورد تأیید مسئول بهداشت قرار گیرد و کنسول عثمانی در بندری که جسد از آنجا عبور داده می‌شد، امضاء آن مسئول بهداشت را مورد تصدیق و تأیید قرار می‌داد.

مقررات اجساد خشک شده

در سال ۱۸۷۱، در آغاز، ورود اجسادى که کمتر از سه سال از فوت آن‌ها می‌گذشت، به عثمانی ممنوع بود. در هشتم ژانویه همان سال، نماینده شاه ایران که از زیارت شهرهای مقدس بر می‌گشت، به نشستی در این باره همراه با مدهت پاشا، حاکم آن زمان بغداد، دعوت شد، از آن زمان، این ممنوعیت به طور اصولی شامل اجسادى شد که از قلمرو عثمانی گذر می‌کردند. اجساد رسیده از کشورهای دیگر یا از راه بصره یا طریق مرز ایران و ترکیه می‌رسیدند. در بصره تعداد کمی از اجساد وارداتی از هند بودند. طبق اظهار هیئت، اجساد خشک شده هیچ‌گونه خطری برای سلامت همگانی نداشت؛ مشروط به این که گواهی شده باشد که حداقل سه سال از مرگ شخص متوفی گذشته باشد. گواهی می‌باید از طرف مسئولین شهرداری مکانی که جسد از آن بیرون می‌آید، صادر شده باشد ولی باید مسئول بهداشت آن را امضاء کرده و کنسول آن بندری که جسد از آنجا صادر شده یا عبور می‌کند، امضاء مأمور بهداشت را تأیید کرده باشد.

در مورد اجساد خشکی که از ایران یا روسیه از طریق مرزهای ایران وارد عراق می‌شوند، تنها شرط آن است که مرگ حداقل سه سال قبل از آن اتفاق افتاده باشد. اکثر اجساد از طریق کرمانشاه و خانقین وارد می‌شوند. در کرمانشاه اولین بازرسی‌ها توسط پزشک در خدمت هیئت بهداشت قسطنطنیه انجام می‌گیرد. او گواهی را به حاملین جسد، بدون دریافت پول، می‌دهد. سپس گواهی توسط کنسول ترکیه در کرمانشاه مهر می‌شود. او مبلغ ۵۰ پیادزه (معادل ۸ شیلینگ و ۴ پنس) دریافت می‌کند. با رسیدن جسد به خانقین، در آنجا برای دومین بار، بازرسی می‌شود. گواهی‌های کرمانشاه، جمع‌آوری می‌شوند و به بغداد ارسال می‌گردند. عوارض بهداشت به مبلغ ۵۰۰ (احتمالاً پاره) دریافت می‌گردد. در عوض رسیدی شماره دار (تذکره) شامل نام حامل، تاریخ و مکان وفات، داده می‌شود. این تذکره‌ها در شهری که دارای

اداره بهداشت است، مورد بررسی قرار می‌گیرند به ویژه در کاظمین و موصل و در نهایت به دفتر بهداشت کربلا یا نجف برای صدور اجازه دفن، داده می‌شوند.

بهداشت اجساد قاچاقی

قاچاق اجساد تازه

کاملاً مشخص است که حمل و قاچاق یک جسد تازه بسیار مشکل‌تر از یک کیسه یا جعبه استخوان می‌باشد. در نتیجه تلاش برای عبور اجساد که در خانقین انجام می‌شود، کشف و خنثی می‌گردد. در عین حال، بعضی از اجساد از زیردست مأمورین بازرسی در رفته و یا این که از نقاط به خصوصی از مرز و یا راه‌های انحرافی، عبور داده می‌شوند و سرانجام به مکان‌های مورد نظر شیعه نشین می‌رسند. هنوز هم تعداد بیشماری اجساد از مکان‌های تحت قلمرو ترکیه یا مسیری به فاصله ۱۲ ساعت مسافت، وارد می‌شوند. قابل توجه است که اندازه راه این دوازده ساعت مسافت کاملاً مشخص نیست زیرا معلوم نشده که با چه وسیله‌ای سفر انجام می‌شود، آیا با اسب، شتر یا گالسه و یا پیاده. حتی تعدادی از این اجساد از مکان‌هایی با مجوز به فاصله‌ای معادل ۲۴ یا ۴۸ ساعت، با سریع‌ترین شیوه سفر، به کربلا یا نجف می‌رسند.

در مواردی دیگر، افراد اجساد را از خارج از منطقه، حتی از ایران، می‌آوردند و گواهی اصلی را با گواهی دیگر که از بعضی از روستاها و شهرها در محدوده منطقه ۱۲ ساعته هستند، تعویض می‌کنند. همه این دردها پایان می‌پذیرفت، چنانچه پیشنهادات مطرح شده توسط کمیسیون مورد پذیرش قرار می‌گرفت. ظاهراً آوردن اجساد، در شب، به طور محرمانه، خیلی هم نادر نیست. در آن صورت، احتمالاً حمل جسد همراه با افراد مسلح عرب یا کرد که شمار آن‌ها نیز زیاد و حتی به صدها نفر می‌رسد، صورت می‌گیرد و شخص متوفی را در قبرستانی خارج از شهر، بدون هیچ مراسمی، به خاک می‌سپارند.

چنین حمل اجساد به شکل قاچاق همیشه رخ می دهد که تنها در صورتی برآورده می شود که از افراد مسلح استفاده شود و در هر مورد نیز احتمال درگیری وجود داشت که در این میان تعداد زیادی کشته می شدند. همان گونه که گفته شد، قاچاق اجساد تازه، عمدتاً توسط قاچاقچیان حرفه ای انجام می شود. به نظر می آید که این قاچاقچیان، نمایندگان و مأمورینی در شهرهای بزرگ و اصلی ایران و بین النهرین داشته باشند که عمدتاً شامل گورکن ها، قاطرچی ها، محافظین خان ها، خادمین و حتی سادات و علما می شدند که از این راه درآمد سرشاری به دست می آوردند. اجساد به آدرس همین مأمورین فرستاده می شدند آن ها نیز برای بازدید و دریافت اجساد به سوی بیابان می روند و به حاملین اجساد، گواهی های جعلی، مبنی بر این که مرگ در منطقه ای به اندازه ۱۲ ساعت طی طریق، صورت گرفته است، می دهند.

قاچاق مردگان، به شکل اجساد خشک شده

اصولاً این عمل، اگر تنها دلیل نباشد، به منظور فرار از پرداخت مالیات بهداشت مرزی به مبلغ ۵۰ (احتمالاً پاره)، و مبلغ ۵۰ پاره پول تمبر در کرمانشاه است. گرچه این مبلغ بسیار اندک به نظر می آید ولی قاچاق اجساد به طور مکرر رو به افزایش است و بازرنگی و تدبیر خاصی انجام می گیرد. متداول ترین شکل این قاچاق حمل اجساد از طریق جاده هایی است که از خانقین و سایر نقاطی که دارای دفاتر بهداشت می باشد، اجتناب شود. عمل آن ها را می توان از طریق بیشتر کردن و هوشیاری محافظین خنثی نمود.

در میان قاچاقچیان، روش های دیگری برای حمل اجساد قاچاقی وجود دارد که داستان های وحشتناکی از شیوه انجام آن ها بیان گردیده است. کیسه های استخوان های مردگان را در میان وسایلی مثل کالاهای تجاری همچون برنج، قالی، یونجه، جو و سایر غلات یا در بسته های کوچکتر در زین (جل) شتر مخفی می کنند.

روش دیگر این بود که دو یا سه جسد را در یک کیسه با یک تابوت می‌گذارند و به عنوان یک جسد محسوب می‌شود. در آن صورت، تنها مالیات عبوری یک جسد، پرداخت می‌گردد. در موارد دیگر این که زنی بسته‌ای که محتوی استخوان مرده بستگان است به شکم می‌بندد و در زیر لباس هایش آن را مخفی می‌کند و این طور وانمود می‌کند که حامله است، آن وقت از جلو مأمورین بهداشت عبور می‌کند. اما از زمانی که یک بازرس مؤنث جزء بازرسین قرار گرفت چنین فریب کاری‌هایی متوقف شده است.

در یک مورد، زنی که مورد بازرسی قرار گرفته بود بسته‌ای زیر بغل داشت که ادعا می‌کرد بچه‌اش می‌باشد، در حالی که اثبات شد که کیسه‌ای از استخوان‌ها است که بر روی آن چهرهٔ کودکی به شکل ناشیانه‌ای نقاشی شده بود. نقاشی اغراق آمیزی که آن زن برای صورت بچه کرده بود موجب کشف حقه او شد. در بعضی موارد، شیعیان، استخوان‌های مردگان خود را به شکل پودر در می‌آوردند و به عنوان آرد از مرز عبور می‌دادند. خلاصه این که هر حیلۀ متصوره برای قاچاق از طریق اجساد خشک یا به عنوان کالاهای تجاری، اتخاذ می‌گردد.

ولی شکل دیگری از قاچاق بالعکس نیز موجود بود که شامل تلاش برای قاچاق از طریق کالاها با اجساد خشک بود. در آن زمان، اشیاء قیمتی مثل زعفران و کافور یا حتی میوه قاچاق را در تابوت در اطراف مردگانی که برای دفن در نجف و کربلا برده می‌شدند، می‌گذاشتند و امید داشتند که تابوت یا جعبه باز نشود و بدین سان کالاها می‌توانستند از پرداخت مالیات گمرکی سنگین که بر آن‌ها جاری بود، رهایی یابند. تنها راه مبارزه و برخورد با چنین قاچاقچی‌ها، هوشیاری و زیرکی مأموران بهداشت بود. زمانی که مورد شناسایی قرار می‌گیرند، جسد خشک قاچاق شده ضبط می‌گردد. تا حق بهداشتی و مطالبه پرداخت نشود، محفوظ نگه داشته می‌شود. تنبیهی تحمیل نمی‌گردد؛ حامل تحویل مسئولین محلی داده می‌شود ولی از آنجایی که هیچ قانون و

مقرراتی برای جریمه آن‌ها وجود ندارد، شخص خلاف کار، فوراً آزاد می‌شود.

مأخذ: اف.جی گیلیمور: گزارش در مورد بهداشت بین‌النهرین، شهرهای شیعه نشین و مرزهای بین ترکیه و ایران - سرپرستی دولت، چاپ هند ۱۹۱۶، ص ۳۵-۳۸

کتابشناسی

آرشیوها

National Archives, Kew Gardens, London, UK.

FO 371/114

FO 248/318

FO 248/567

FO 248/1313

FO 371/15473

FO 371/45488

FO 486/81

British Library/India Office (IOR). London, UK.

IOR/L/PS/10/38, File 1408/1904 Pt 1 'Persian Gulf: Henjam affairs. Status of Henjam (Persian sovereignty). Persian Customs post. Henjam Telegraph Station dispute',

IOR/L/PS/10/132, File 345/1908 Pt 1 'Mohammerah: situation. British assurances to Sheikh.', par. B,

IOR/L/PS/10/143/1, File 1421/1908 Pt 1 'Persia: oil; D'Arcy Oil Syndicate',

IOR/L/PS/10/184, File 3004/1910 'Tehran Sanitary Council',

IOR/L/PS/10/209, File 52/1912 Pt 1 'Persia Diaries',

IOR/L/PS/10/211, File 52/1912 Pt 3 'Persia Diaries',
 IOR/L/PS/10/283, File 2612/1912 Pt 1 'Tehran Sanitary Council',
 IOR/L/PS/10/284, File 2612/1912 Pt 2 'Persia. Tehran Sanitary Council',
 IOR/L/PS/12/3403, Coll 28/8 'Persia; Diaries';
 IOR/L/PS/12/3713, Persian Gulf Diaries, Bushire 1941
 IOR/R/15/2/327, 'File 8/29 Bandar Abbas Diaries',
 IOR/L/MIL/17/15/40, 'Persia Intelligence Report. May, 1946',
 IOR/L/PS/18/B394, J.G. L. "Quarantine Control in the Persian Gulf,"
 IOR/L/PS/18/C215, No. 1. Memorandum: Relations between Persia and
 Iraq',

آرشیوها و کتابها

به زبان‌های اروپایی

Abbas Khan Alam al-Molk 1908, *Taoun (Peste) Étude sur la peste en Perse*. Paris: Imprimerie des Facultés.

Administration Report = *Administration Report on the Persian Gulf Political Residency for the year (1873 to 1940)* in Government of India. *The Persian Gulf Administration Reports 1873-1947*, 10 vols., Gerrards Cross, Archives Editions, 1986.

Afkhami, Amir Arsalan 2003. "Health in Persia: the Qajar period," *Encyclopedia Iranica*, vol. XII, Fasc. 1, pp. 104-111.

Alamol-Mulk, Mirza Abbas Khan 1908. *Taoun, Étude sur la peste en Perse*. Paris: thesis.

Alexander, Constance M. 1932. *A Modern Wayfarer in Persia*. London: Arthur Stockwell.

Amanat, Abbas 1983. *Cities & Trade: Consul Abbott on the Economy and Society of Persia 1847-1866*. London: Ithaca press.

Anonymous 1831, "Die Pest in Persien," *Das Ausland* 4, pp. 959-60.

___ 1832, "Asiatic Intelligence - Bushire," *Asiatic Journal*, vol. 10 (January-April), p. 34.

___ 1832-1833, *American Railroad Journal*, New York, vol. 1, part I (July-January), p. 797.

- ___ 1834, "An account of the Indian or spasmodic cholera," *The Historical Cabinet: Containing Authentic Accounts of Many Remarkable and Interesting Events*, New Haven, 1834, p. 511.
- ___ 1871, The Cholera," *Brit. Med. Jour.* London, ii, p. 272.
- ___ 1871, "The Plague," *The British Medical Journal*, May 12, 1877, p.
- ___ 1879, *Gazetteer of the Bombay Presidency*, Bombay.
- ___, 1882. *Aus Persien. Aufzeichnungen eines Oesterreichers, der 40 Monate im Reiche der Sonne gelebt und gewirkt hat.* Vienna.
- ___ 1939, *A Chronicle of the Carmelites in Persia and the Papal mission of the seventeenth and eighteenth centuries*, 2 vols. London.
- AP = Government of Great Britain, *Accounts and Papers* 82 (1878), "Report by Consul Churchill on the Trade and Commerce of Ghilan for the Year 1877." (with a description of the disease and treatment).
- Ataei R.A., Tavana A., Ghorbani G.H. 2005, An analysis of recent cholera epidemic in Iran. *J Mil Med.* 7, pp. 49-56.
- Azizi M.H., Azizi F. 2010, "A history of the human plague in Iran," *Arch Iran Med.* Nov. 13 (6), pp. 563-69.
- Baker, James E. "A few remarks on the most prevalent Diseases and the Climate of the North of Persia," appendix to Herbert, Report on the present State of Persia and her Mineral Resources, in Government of Great Britain, *Accounts & Papers* 67 (1886), pp. 323-26.
- Bakhshi, B.; Boustanshenas, M.; Mahmoudi-Aznavah, A. 2014. " Emergence of *Vibrio cholerae* O1 classical biotype in 2012 in Iran." *Lett Appl Microbiol.* Feb 21; 58(2), pp. 145-49.
- Baltazard M, Bahmanyar M, Mostachfi P, Eftekhari M, Mofidi C. 1960. "Recherches sur la peste en Iran." *Bulletin Organisation Mondiale de la Santé*, 23, pp. 141-55.
- Barua, Dhiman and Greenough, William B. 1992. *Cholera*, New York.
- Bassett J. 1887. *Persia, the Land of the Imams. A Narrative of Travel and Residence, 1871-1885*, London.
- Bell, C.W. 1843. "Report on the epidemic ague or 'fainting fever' of Persia, a species of cholera occurring in Teheran in the autumn of the year 1842," *Brit & For. Med. Rev.* London, xvi, 558-66.
- Benn, Edith Fraser 1909. *An Overland Trek From India*. London: Longman, Greens and Co.

- Bentivoglio M, Pacini P. 1995. "Filippo Pacini: A determined observer." *Brain Res Bull.* 38, pp. 161–65.
- Binder, Henry 1887. *Au Kurdistan*. Paris: Quantin.
- Bradley-Birt, F.B. 1910. *Persia, through Persia from the Gulf to the Caspian*. Boston: J.B. Millet.
- Brosset, Marie-Félicité 1849-57. *Histoire de la Géorgie*. 2 vols. in 3. St. Petersburg.
- _____, 1979. *Collection d'Historiens Arméniens*. 2 vols. in one. Amsterdam.
- Browne, E.G. Browne 1970. *A Year Amongst The Persians*. London.
- _____, 1924. *Arabian Medicine*. Cambridge, Cambridge UP.
- Brugsch, Heinrich 1863. *Die Reise der K.K. Gesandtschaft nach Persien 1861-1862*, 2 vols. Berlin: J.C. Hinrichs.
- Bryden, James L. 1869. *A Report on the Cholera of 1866-68*. Calcutta.
- ____ 1870. *A Report on the Cholera of 1866-68. A Sequel*. Calcutta.
- Bukhari, *Sahih* (electronic version)
- Bulmus, Birsen 2012. *Plague, Quarantines and Geopolitics in the Ottoman Empire*, Edinburgh.
- Burrell, R.M. 1988. "The 1904 epidemic of cholera in Persia: Some aspects of Qadjar society," *Bull. Sch. Oriental African Stud.* 51, pp. 258-70.
- Byrne, Joseph P. 2012. *Encyclopedia of the Black Death*, Santa Barbara.
- Chardin, Jean 1811. *Voyages*, ed. L. Langlès, 10 vols. Paris.
- Chirol, Vincent 1903. *The Middle Eastern question; or, Some Political Problems of Indian Defence*. London : J. Murray.
- Chun, J. W. H. 1936, 'Clinical features', in Wu Lien-Teh, J. W. H. Chun, R. Pollitzer, and C. Y. Wu, *Plague: a manual for medical and public health workers*, Weishengshu National Quarantine Service, Shanghai Station, pp. 327–31.
- Clemow, Frank Gerard 1903. *The Geography of Disease*, London.
- Clerk, C. 1861. "Notes in Persia, Khurasan, and Afghanistan" *JRGS*, pp. 37-65.
- Cloquet, E. 1852-53. "Sur le cholera en Perse," *Bull. de l'Acad. nat. de med.* Paris, pp. xviii, 1190-92
- Colvill, W.H. 1872. "Sanitary Report on Turkish Arabia," *Transactions of the Bombay Society* N.S. 11, pp. 32-73.
- Conrad, Lawrence I. 1982. "Ta'un and Waba Conceptions of Plague and

- Pestilence in Early Islam" *Journal of the Economic and Social History of the Orient*, vol. 25, pp. 268-307.
- Cormick, J. 1832. "On the occurrence in Persia of the epidemic cholera of India," *Med-Chir. Trans.* London, pp. xii, 359-65.
- Christensen, Peter 2016. *The Decline of Iranshahr*. London.
- DCR = Diplomatic and Consular Reports. London: HMSO. DCR no. 1325 (Ghilan 1892-93); no. 3189 (Kermanshah 1903-04); DCR 3507 (Azerbaijan 1904-05).
- d'Allemagne, Henri-Renée 1911. *Du Khorassan au Pays des Backhtiariis - trois mois de voyage en Perse*. 4 vols. Pais: Hachette.
- De Freygang, Madame 1823. *Letters from the Caucasus and Georgia*. London: John Murray.
- De Gobineau, A. 1859. *Trois Ans en Asie (de 1855 A 1858)* 2 vols. Paris.
- _____, 1959. *Les Dépêches Diplomatiques*. ed. Adrienne Doris Hytier. Geneva-Paris: Droz-Minard.
- De Vilmorin, Auguste Lacoïn 1895. *De Paris à Bombay par la Perse*. Paris: Firmin-Didot Co.
- Dickson, E.D. "On Cholera in Persia," *Trans. Epid. Soc.* London, iii, pp. 257-64.
- Dunlop, H. 1930. *Bronnen tot de geschiedenis der Oostindische Compagnie in Perzië (-s'Gravenhage)*.
- Eastwick, Edward B. 1864. *Journal of a Diplomat's Three Years' Residence in Persia*. 2 vols. London [Tehran: 1976].
- Ebrahimnejad, Hormoz. "La médecine d'observation en Iran du XIX siècle," *Generus* 55 (1998), pp. 33-57.
- _____, 1988, "Un traité d'épidémiologie de la médecine traditionnelle persane: *Mofarraq ol-Heyze va'l-Vaba* de Mirza Mohammad-Taqi Shirazi (ca. 1800-1873), *Studia Iranica* 27 (1988) pp. 83-107.
- _____, Ebrahim-Nejad 1999, "L'Introduction de la médecine européenne en Iran," *Sciences sociales et Santé* 16/4, pp. 69-96.
- _____, 2012, *Medicine in Iran: Profession, Practice and Politics, 1800-1925*, London.
- Echo of Iran 1966. *Iran Almanac 1966*. Tehran.
- Eastwick, E. B. 1864. *Journal of a Diplomat's Three Years Residence in Persia*. 2 vols. London.

- Elgood, Cyril 1951. *A Medical History of Persia and the Eastern Caliphate. The Development of Persian and Arabic Medical Sciences from the Earliest Times until the Year A.D. 1932*. Cambridge: CUP.
- Feuvrier, J.B. 1900. *Trois ans à la Cour de Perse*. Paris: F. Juven.
- Floor, Willem 2009. *The Importation of Textiles into Qajar Iran*. Costa Mesa: Mazda.
- _____, 2016. *Busher: City, Society and Trade 1779-1947*. Washington DC: MAGE.
- Fraser, J. B. 1825. *Narrative of a Journey into Khorasan in the Years 1821 and 1822*, London, 1825.
- _____, 1826. *Travels and Adventures in the Persian Provinces on the Southern Banks of the Caspian Sea*, London.
- Fryer, John 1909-15. *A New Account of East India and Persia Being Nine Years' Travels, 1672-1681*, 3 vols. London.
- Fowler, G. 1841. *Three Years in Persia* 2 vols. London: Colburn.
- Gazetteer of the Bombay Presidency*, Bombay 1879, vol. 4.
- Gilbar, Gad G. 1976. "Demographic Development in late Qajar Persia, 1870-1906," *Asian and African Studies* 11, pp. 125-56.
- Gilmour, John 1924. *Rapport sur la situation sanitaire de la Perse*. Geneva, League of Nations.
- Goldsmid, F. J. 1867. "Notes on eastern Persia and western Beluchistan," *JRGS* 37, pp. 269-97.
- Government of Great Britain 1945. *Geographical Handbook Series - Persia*. London.
- _____, *Report on the trade of the consular district of Bushire 1913-14*, as well as of the years 1915-16, 1920-21, and 1921-22.
- Government of India, *Trade Report of Bushire 1911-12, 1912-13, 1913-14*, in *The Persian Gulf Trade Reports 1905-1940* (Bushire) 2 vols. Gerards Cross: Archive Editions. 1987.
- Greenfield, James 1904. *Die Verfassung des persischen Staates*. Berlin: Franz Vahlen.
- Guettet 1850, "Note sur ce qui a le mieux reussi en Perse contre le cholera," *Gaz. med. de Paris*, v, p. 90.
- Hamilton, Alexander 1930. *A New Account of the East Indies* 2 vols. London.

- Hammer-Purgstall, Joseph von 1842-43. *Geschichte der Ilchane, das ist der Mongolen in Persien*. 2 vols. Darmstadt.
- Hanway, Jonas 1753. *An Historical Account of the British Trade over the Caspian Sea*. 3 vols. London.
- Hawkins, Francis Bisset, 1831. *History of the Epidemic Spasmodic Cholera of Russia*, London.
- Hays, J.N. 2005. *Epidemics and Pandemics: Their Impact on Human History*. Santa Barbara.
- Issawi, Ch. 1971. *The Economic History of Iran (1800-1914)*. Chicago.
- Houtum-Schindler, A. 1881. "Reisen im südlichen Persien 1879," *ZGE*, pp. 307-66.
- Ibn Majah, *Sunan*. (electronic version).
- Kalmykov, Andrew D. 1971. *Memoirs of a Russian Diplomat. Outposts of the Empire, 1893-1917*. New Haven: Yale UP.
- Karimi Y. 1980. "Decouverte d'un nouveau mesofoyer de peste sauvage dans l'Azerbaïdjan oriental de l'Iran." *Bulletin Société Pathologie Exotique*, 1, pp. 28-35.
- Kashani-Sabet, Firoozeh 1998. "'City of the Dead': the Frontier Polemics of Quarantines in the Ottoman Empire and Iran," *Comparative Studies of South Asia, Africa, and the Middle East* 18/2, pp. 51-54.
- Kemphorne, Lt. G.B. 1835. "Notes made on a survey along the eastern shores of the Persian Gulf in 1828," pp. 263-85.
- Khan, Ali 1908, *Choléra en Perse. Prophylaxie et traitement*. Paris: thesis.
- Kohn, George C. ed. 2008, *Encyclopedia of Plague and Pestilence: From Ancient Times to the Present*, New York.
- Kotobi, L.D. 1995. L'émergence d'une politique de la santé publique en Perse Qajar XIXe-XXe siècle: Un aperçu historique de la vaccination," *Studia Iranica* 25, pp. 261-84.
- Kukanova, N.G. 1984. *Russko-Iraskaia Torgovlia 30-50e gody XIX veka*. Moscow: Nauka.
- Lambton, Ann K. S. 1988. *Continuity and Change in Medieval Persia*. Albany.
- Larbey, H. 1856, "Notice sur le docteur Ernest Cloquet," in *Notices sur le docteur Ernest Cloquet*. Paris.
- Layard, Austen Henry 1846. "A Description of the Province of Khuzistan,"

JRGS 16, pp. 1-105.

— 1887, *Early Adventures in Persua, Susiana, and Babylonia, including a residence among the Bakhtiyari*. 2 vols. New York.

Lorimer, J. G. 1915. *Gazetteer of the Persian Gulf*. Calcutta, 1915 [reprint Gregg: Westmead, 1970].

Lycklama à Nijeholt, T.M. 1873. *Voyage en Russie, au Caucase et en Perse*. 4 vols. Paris-Amsterdam: Arthus Bertrand-C.L. van Langenhuysen.

MacNamara, Nottidge Charles 1876. *A History of Asiatic Cholera*. London.

Mahé, 1877. “Épidémies de la peste,” *Gazette médicale d’Orient*.

Massé, Henri 1938. *Croyances et Coutumes Persanes* 2 vols. Paris: Maisonneuve, 1938.

Membré, Michele 1969. *Relazione*, ed. G.C. Scarcia. Rome, 1969. English translation A.H. Morton, *Mission to the Lord Sophy of Persia (1539-1542)* (SOAS; London, 1993).

Meri, Josef W. ed. 2006, *Medieval Islamic Civilization*. 2 vols. New York.

Minorsky 1957, *Persia in A.D. 1478-1490, abridged translation of Khunji's Tarikh-i `alam-ara-yi Amini*, London.

Morier, James 1818. *A Second Journey through Persia, Armenia, and Asia Minor ... between the years 1810 and 1816*. London: Longman, Hurst, Rees, Orme and Browne.

Mullen, T. F. 1889-90. “Cholera in Persia,” Appendix C to Part I of Government of India, *Administration Report of the Persian Gulf Political Residency and Muscat Political Agency for the Year 1889-90*, pp. 15-18.

Nair, G. Balakrish and Takeda, Yoshifumi eds. 2014. *Cholera Outbreaks*. Berlin.

Nategh, Homa 1995. “Les Persans à Lyon (1884-1907),” in: Christophe Baley, Claire Kappler, and Zhiva Vesel. *Pand-e Sokhan*. Paris-Tehran: IFPRI, pp. 191-99

Nazare-Aga (Ardachir Khan) 1903. *Contribution à l'étude de la peste*. Paris: thesis.

Neligan, A.R. 1926. “Public Health in Persia. 1914-24,” *The Lancet* Part I; Part II-March 27, pp. 690-94; Part III-April 3, pp. 742-44.

Norden, Hermann 1928. *Under Persian Skies*. Philadelphia: McCrea Smith.

Olearius, Adam 1656. *Vermehrte neue Beschreibung der moscowitischen und persischen Reyse*, ed. D. Lohmeier. Schleswig [Tübingen, 1971].

- Ouseley, William 1819-23. *Travels in various countries of the East; more particularly Persia*. 3 vols. London: Rodwell and Martin.
- Petermann, J. H. 1865. *Reisen im Orient*. 2 vols. Leipzig.
- Peters, J.C 1868. "On the conveyance of cholera from India through Persia, Armenia, Georgia, to Russia and the rest of Europe," *Chicago Med. Examiner*. ix, pp. 513-26.
- Polak, J.E. 1865. *Persien, das Land und seine Bewohner*, 2 vols. Leipzig.
- ___ 1869, "Die Cholera in Persien und die Landquarantäne," *Wien. med. Wochenschr*, pp. 1679-82.
- Poland, Jack D. and Dennis, T. D. n.d. *Treatment of Plague*, WHO/CDS/CSR/EDC/99.2 Plague Manual Epidemiology, Distribution, Surveillance and Control. Geneva.
- Quain, Richard; Bruce, John Mitchell; and Roberts, Frederick Thomas eds. 1884, *A Dictionary of Medicine*, London.
- Rabino, H. L. 1917. *Les provinces caspiennes de la Perse. Le Guilân*, Paris.
- Rehman, J. 1824. "Die Ankunft der orientalischen Cholera am mittelländischen und kaspischen Meere," *Hufeland's Journ. der prakt. Heilk.* lviii, pp. 3-16; lix, pp. 3-13.
- Rich, Claudius James 1839. *Narrative of a Journey to the site of Babylon in 1811 ... with Narrative of a Journey to Persepolis*. London.
- Richardson, John 1829. *A Dictionary, Persian, Arabic, and English*. London.
- Ritter, Carl 1852-59. *Die Erdkunde in Verhaeltnis zum Natur und Geschichte der Menschen*. Berlin.
- Ross, Elisabeth Ness MacBean 1921. *A Lady Doctor in Bakhtiyari Land*. London: L. Parsons.
- Russell, Alexander James Hutchinson 1925. *A memorandum on the epidemiology of cholera*. Geneva, League of Nations.
- Saad, Lamec 1913. *Sechzehn Jahre als Quarantänearzt in der Türkei*. Berlin: Reimer.
- Saldanha, J.A. 1986. *The Persian Gulf Précis* 8 vols. Gerrards Cross.
- Sargolzaie, Narjes; Kiani, Malek 2014. "Cholera Outbreaks Evaluation in Sistan and Baluchestan Province of Iran," *Int J Infect.* June; 1(1).
- Schindler, A.H. 1898. *Eastern Persian Irak*. London: Murray.
- Schlimmer, Joh. L. 1970 *Terminologie Médico-Pharmaceutique: Française*

- *Persane*. Tehran: Daneshgah.
- Schwarz, Paul 1993. *Iran im Mittelalter nach den Arabischen Geographen*. 9 vols in 4. Frankfurt.
- Scott, Joseph 1905. "The recent cholera epidemic in Persia," *British Medical Journal* 16 September, pp. 620-22.
- Serena, Carla 1883, *Hommes et Choses en Perse*. Paris: Charpentier et Co.
- Seyf, Ahmad 1989. "Iran and the Great Plague, 1830-1831," *Studia Islamica* 69, pp. 151-165.
- ___ 2002. "Iran and Cholera in the Nineteenth century," *Middle Eastern Studies* 38, pp. 169-78.
- Sheil, Lady 1856. *Glimpses of Life and Manners in Persia*. London, 1856.
- Shoshan, B. 2002, "Waba," *Encyclopedia of Islam*².
- Simpson, William John 1905. *A Treatise on Plague*, Cambridge.
- Speer, Robert E. 1911. *The Hakim Sahib, The Foreign Doctor. A Biography of Joseph Plumb Cochran, MD of Persia*. New York: Fleming Revell.
- Spuler, Berthold 1952. *Iran in Früh-Islamischer Zeit*. Wiesbaden.
- Stearns, Justin 2011. *Infectious Ideas: Contagion in Premodern Islamic and Christian Thought in the Western Mediterranean*. Baltimore.
- Sticker, Georg 1908-10. *Abhandlungen aus der Seuchengeschichte*. Giessen.
- Stocqueler, J.H. 1832. *Fifteen Months' Pilgrimage through untrodden tracts of Khuzistan and Persia*. London: Saunders and Otley.
- Tancoigne, M. 1820. *A Narrative of a Journey into Persia*. London: William Wright.
- Tchalenko, John 2006. *Images from the endgame: Persia through a Russian lens, 1901-1914*. London; Berkeley, Calif.: Saqim.
- Teule, Jules Charles 1842. *Pensees et notes critiques extraites du journal de mes voyages dans l'empire du Sultan de Constantinople* 2 vols. Paris ; Arthus Bertrand.
- Tholozan, J.D. 1869 *Prophylaxie du choléra en Orient. L'hygiène et la réforme sanitaire en Perse* (Paris: Masson, 1869);
- ___ 1874, *Histoire de la peste bubonique, 1er Mémoire- en Perse*. Paris: G. Masson.
- ___ 1871, *Note sur le développement de la peste bubonique dans le Kurdistan en 1871*. Paris.

- ___ n.d., *Sur deux petits épidémies de peste dans le Khorassan*. Paris: Gauthiers-Villars.
- ___ 1879, *Les trois dernières épidémies de peste du Caucase, chronologie, géographie, prophylaxie*. Paris: G. Masson.
- US Army 1963. *Area Handbook for Iran*, Washington DC.
- US Government, Surgeon-General's Office 1875, *The Cholera Epidemic of 1873 in the United States*, Washington DC.
- US Navy 1920, *Persian Gulf Pilot*, Washington DC: GPO.
- Valentyn, François 1724. *Oud en Nieuw Oost-Indien*. 5 vols. Dordrecht.
- Vaume, G. 1887. "De Recht à Hamadan par le Karaghan-Dagh," *Soc. de Géogr. Comptes rendus*. Paris, pp. 19-24'
- von Hübenthal, C.P.W. 1831. "Darstellung und Behandlung der orientalischen Cholera, von der persischen Gränze mitgetheilt," *Jour. d. prakt. Heilk.* lxxxii, pp. 88-103.
- Watelin, Louis Charles 1921. *La Perse Immobile*. Paris: Chapelot.
- WHO, *Report on Global Surveillance of Epidemic-prone Infectious Diseases* (WHO/CDS/CSR/ISR/2000.1). Geneva, 2000.
- Wilson, S.G. 1895. *Persian Life and Customs*. New York: Fleming. H. Revell.
- Williamson, J.W. 1927. *In A Persian Oil Field*. London: Benn.
- Wishard, John G. 1908. *Twenty Years in Persia*. New York.
- Wright, Denis 2001. *The English Amongst the Persians*. London: IB Tauris.

به زبان‌های فارسی

- Ettehadiyeh, Mansureh, Pira, S, and Ruhi, S. 1393. *Zir-e pust-e shahr*. Tehran
- Adamiyat, Fereydun 1348. *Amir Kabir va Iran*. Tehran: Amir Kabir.
- Astarabadi, Sayyed Hasan b. Mortaza Hoseyni 1364. *Az Sheikh Safi ta Shah Safi (az Tarikh-e Soltani)*. ed. Ehsan Eshraqi. Tehran.
- Esfahani, Mohammad Ma`sum b. Khvajegi 1368. *Kholasat al-Siyar*. ed. Iraj Afshar. Tehran.
- E`tezad al-Saltaneh, `Ali Qoli Mirza 1370. *Eksir al-Tavarikh*. Tehran.
- E`tesam al-Molk, Mirza Khanlar Khan 1371/1992. *Safarnameh*. Tehran.

E'temad al-Saltaneh, Mirza Mohammad Hasan Khan 1306/1884. *Ketab al-Athar va'l-Ma'ather*. Tehran. litho.

_____, 1345. *Ruznameh-ye Khaterat-e E'temad al-Saltaneh* Iraj Afshar ed. Tehran.

Afzal al-Molk, Kermani 1396. *Tarikh va Joghrafiya-ye Qom*. ed. Hoseyn Modarresi Tabataba'i, Qom: Vahid.

Afzal al-Molk, Gholam Hoseyn 1361/1982. *Afzal al-Tavarikh*. ed. Mansureh Ettahadiyeh and Sirus Sa'dvandian. Tehran: Tarikh-e Iran.

Badi'i, Parviz ed. 1378/1999. *Yaddashtha-ye Ruzaneh-ye Naser al-Din Shah (1300-1303 qamari)*. Tehran: Sazman-e Asnad-e Melli-ye Iran.

Pirzadeh, Haji Mohammad `Ali 1343. *Safarnameh-ye Haji Mohammad `Ali Pirzadeh*. 2 vols. Hafez Farmanfarmayan. Tehran: Daneshgah.

Taj al-Saltaneh 1361. *Khaterat-e Taj al Saltaneh*. eds. Mansureh Ettahadiyeh and Sirus Sa'dvandian. Tehran.

Tavili, Aziz 1371/1992. *Tarikh-e Enzeli*, 2 vols. Enzeli.

Jorjani, Esmā'il b. Hasan 2535. *Dhakhireh-e Khvarezmshahi*. ed. Sa'idi Sirjani. Tehran.

Hazin, Mohammad `Ali 1332. *Tarikh-e Hazin: shamel avakher-e Safaviyeh, fitneh-ye Afghan, saltanat-e Nader Shah va ahval-e jam'i az bozorgan*. Tehran.

Haqiqat, Abdol-Rafi` 1352/1973. *Tarikh-e Semnan*. Tehran: Farmandari-ye koll-e Semnan.

Khatunabadi, Sayyed `Abdol-Hoseyn al-Hoseyni 1352. *Vaqaye` al-Sennin va A`vam*. ed. Mohammad Baqer Behbudi. Tehran.

Khvand Mir, Khiyath al-Din b. Homam al-Din 1335, *Habib al-Siyar*. 4 vols. ed. Mohammad Dabirsiyaqi. Tehran.

Danesh 1374/1995. Nashriyeh-ye Madrased-ye Mobarak-e Dar al-Fonun-e Tabriz, first published 1299 Q., ed. Sayyed Farid Qasemi. Tehran: Markaz-e gostaresh-e amuzesh-e resanehha.

Rusta'i, Mohsen 1382. *Tarikh-e Tebb va Tebbat dar Iran*, 2 vols. Tehran.

Soltani, Mohammad `Ali 1370. *Nahzat-e Mashrutiyat-e Kangavar va Kermanshah*. Tehran.

Samarqandi, Kamal al-Din `Abdal-Razzaq 1941-49. *Matla` Sa`dayn va Majma` Bahrayn*. Lahore.

Sayyah, Hajj 1347. *Khaterat-e Hajj Sayyah ya Dowreh-ye Khowf va*

- Vahshat ed. Hamid Sayyah Tehran: Ebn Sina.
- Sepehr, Abdol-Hoseyn Khan 1368. *Mer'at al-Vaqaye`-ye Mozaffari va Yaddashtha-ye Malek al-Mo'arekhkhin*. ed. Abdol-Hiseyn Nava'i. 2 parts in one. Tehran; Zarrin
- Sirjani, Sa`idi 1361. *Vaqaye`-ye Ettefaqiyeh. Gozareshha-ye khofyeh-nevisan-e englis*. Tehran: Now.
- Shirazi, `Abdi Beg 1369. *Takmilat al-Akhbar*. ed. `Abdol-Hoseyn Nava'i. Tehran.
- Shirvani, Zeyn al-Abedin 1315. *Bustan al-Siyaha ya Siyhatnameh*. Tehran: Kitabkhaneh-ye Sina`i.
- Tabatabai, Mohammad Razi 1876. *Ta`un*. Tehran (sangi).
- Tavili, `Aziz 1371. *Bandar Enzeli*. 2 vols. Enzeli.
- `Abbasi, Mohammad Reza and Badi`i, Parviz eds. 1372. *Gozareshha-ye owza`-ye siyasi, ejtema`i-ye velayat-e `ahd-e naseri*. Tehran: Sazman-e Asnad-e Melli.
- `Eyn al-Saltaneh, Qahraman Mirza Salur 1374. *Ruznameh-ye Khaterat-e `Eyn al-Saltaneh* 9 vols. Iraj Afshar and Mas`ud Salur eds. Tehran.
- Floor, Willem 1367. *Ashraf Khan dar Takhtgah-e Isfahan*. Tehran.
- _____, 1368. *Hokumat-e Nader Shah*. Tehran.
- Ghaffari, Mohammad `Ali 1361. *Khaterat va Asnad-e Mohammad `Ali Ghaffari, na'eb-e avval pishkhedmat-bashi*. ed. Mansureh Ettehadiyeh. vol. 3, Tehran.
- Qazvini, Yahya b. `Abdol-Latif 1363. *Lobb al-Tavarikh*. Tehran.
- Qazvini, Abu'l-Hasan 1367. *Favayed-e Safaviyeh*. ed. Maryam Mir Ahmadi. Tehran.
- al-Qomi, Qadi Ahmad ibn Sharaf al-Din al-Hoseyn al-Hoseyni 1363. *Kholasat al-Tavarikh*, 2 vols., ed. Ehsan Eshraqi. Tehran: Daneshgah.
- Gilani, Sheikh `Ali 1352. *Tarikh-e Mazandaran*. ed. Manuchehr Setudeh. Tehran.
- Mar`ashi, Mir Teymur 2526. *Tarikh-e Khandan-e Mar`ashi Mazandarani* ed. M. Setudeh, Tehran.
- Mostowfi, Hamdollah 1389. *Nuzhat al-Qolub*. Tehran: Asatir.
- Monshi, Eskandar Beg Shamlu 1350. *Tarikh `Alamara-ye `Abbasi*. 2 vols. ed. Iraj Afshar. Tehran.
- Mahdavi, Asghar and Afshar, Iraj eds. 1380. *Yazd dar asnad-e Amin al-*

Zarb. Tehran.

___ 1384, *Kerman dar asnad-e Amin al-Zarb*. Tehran.

___ 1387, *Tabriz dar asnad-e Amin al-Zarb*. Tehran.

Mirkhvand, Mohammad b. Khavandshah 1338. *Tarikh-e Rawzat al-Safa*. 10 vols. Tehran.

Najmabadi, Mahmud 1353. *Tarikh-e Tebb dar Iran pas as Eslam*. Tehran: Daneshgah.

Nezam al-Saltaneh 1361. *Khaterat va asnad-e Hoseyn Qoli Khan Nezam al-Saltaneh Mafi*. 2 vols. ed. Mansureh Nezam Mafi, Sirius Sa`dvandiyan and Hamid Rambisha. Tehran: Nashr-e Now.

Nateq, Homa 1358. "Ta'thir-e ejtema'i va eqtesadi-ye bimari-ye vaba dar dowreh-ye Qajar," in *Mosibat-e vaba va bala-ye hokumat*. Tehran, pp. 9-45.

Natanzi, Mahmud b. Hedayatollah Afushteh-ye 1350. *Naqavat al-athar fi dhekr al-akhyar*, ed. Ehsan Eshraqi. Tehran.

Najm al-Molk, Hajj `Abdol-Ghaffar 1341/1962. *Safarnameh-ye Khuzestan*. ed. Mohammad Dabirsiyaqi. Tehran: Elmi.

Nezam al-Saltaneh 1361/1982. *Khaterat va asnad-e Hoseyn Qoli Khan Nezam al-Saltaneh Mafi*. 2 vols. ed. Mansureh Nezam Mafi, Sirius Sa`dvandiyan and Hamid Rambisha (Tehran).

Vaziri, Ahmad Ali Khan 1346/1967. *Joghrafiya-ye Kerman*. Tehran.

Ettefaqiyeh-ye Vaqaye` 1373-74/1994-95. 4 vols. Tehran: Ketabkhaneh-Melli.

Ya Hoseyni, Sayyed Qasem 1374/1995. *Sad Sal-e Matbu`at-e Bushehr*. Bushehr: Ershad-e Melli-ye Bushehr.

Yaghma'i, Esmā'il Honar 1363. *Jandaq va Qumis dar avakher-e dowreh-ye Qajar*, ed. by `Abdol-Karim Hekmat Yaghma'i. Tehran.

فصل چهارم

همه گیری آنفولانزای ۱۹۱۸ در ایران

مترجم: دکتر کتایون وحدت

مقدمه

در ایران، آنفولانزا به طور مشخص در دههٔ دوم قرن بیستم، تقریباً ناشناخته بود.^{۵۰۸} در حقیقت، در ۱۹۱۸ زمانی که کنسول بریتانیا در بوشهر گزارش نمود همه‌گیری آنفولانزا رخ داده است، بیان داشت که این بیماری پیش از این در فارس شناخته نشده بود.^{۵۰۹} او در این میان تنها نبود، ذکاء الدوله نمایندهٔ ایران در جامعهٔ ملل به همین موضوع اشاره کرد و در جلسه عمومی آن سازمان در ۷ دسامبر ۱۹۲۰ اعلام نمود: «در سال‌های اخیر (به عنوان مثال در ۱۹۱۸)، ما بیش از ۲۰۰۰۰۰ نفر را در اثر آنفولانزا، تیفوس و وبا از دست داده ایم. . . تا کنون آنفولانزا در ایران ناشناخته بود. این بیماری تنها امروزه نزد ملت ما پدیدار شده که توسط روس‌ها وارد شده و جمعیت ما را بلا زده کرده است»^{۵۱۰}.

در واقع، تعداد بسیار اندکی از موارد شناخته شده در قبل از آن تاریخ وجود دارد. بر اساس گفتهٔ میتووخ (Mittwoch)، قدیمی‌ترین همه‌گیری آنفولانزا در ایران، که او از آن به عنوان زکام نام برده، در سال ۸۵۵ پس از میلاد اتفاق افتاده است، ولی داده‌های موجود، لزوماً نتیجه‌گیری‌های او را تأیید نمی‌کنند. توصیف همه‌گیری، به طور مبهم، شبیه آنفولانزا بوده ولی عدم وجود جزئیات، اجازهٔ شناسایی بیماری را نمی‌دهد. هیئت‌های مذهبی کار ملیت (Carmelites) در ایران؛ ظهور «آنفولانزای

⁵⁰⁸ Elgood 1951, p. 466

به وجود یک اپیدمی احتمالی آنفولانزا در تهران در ۱۸۳۳ اشاره می‌کند.

⁵⁰⁹ Government of Great Britain, Trade Report 1918-19, p. 2.

⁵¹⁰ League of Nations. Records of the First Assembly. Plenary meetings. Geneva, 1920, p. 313.

مهلک»^{۵۱۱} را در بغداد در سال ۱۶۵۴ و یک «بیماری بدخیم» که در نوامبر ۱۷۵۳ در بصره شدت گرفت و ممکن بود آنفولانزا باشد مشاهده نمودند^{۵۱۲}. علیرغم عدم وجود شواهد، چندان غیرممکن نیست که قبل از قرن ۱۹، آنفولانزا در ایران شناخته شده باشد. طبق گفته افخمی (Afkhami)، بیماری اولین بار در ۱۸۳۳ ظاهر شده است. گرچه، مسأله این است که تنها منبع نیمه‌میان‌ی قرن بیستم او، فقط به «یک همه‌گیری عجیب که شاید آنفولانزا باشد»، بدون ذکر هیچ منبعی، اشاره نموده است^{۵۱۳}.

این در حالی است که بیشتر منابع قرن نوزدهم بیان می‌دارند بیماری سال ۱۸۳۳، وبا بوده است. در حقیقت، تا جایی که من اطلاع دارم، تنها یک منبع معاصر وجود دارد که چنین گزارش می‌کند: «در سراسر خاورمیانه، در مصر، سوریه، ترکیه و ایران، در زمستان یک سرماخوردگی بی‌سابقه وجود داشته است. آنفولانزا در سرتاسر خاورمیانه از ابتدای سال (۱۸۳۳) وجود داشت»^{۵۱۴}. این نظر بیشتر یک برداشت است، از آنجایی که نویسنده اطلاعات بیشتری در مورد ماهیت بیماری یا وقوع آن در ایران، ارائه نداده است.

نویسنده دیگر، پیرسون (Pearson) چین و ایران را محل پرورش آنفولانزا می‌شناسد و مدعی است آنفولانزا از این جاها به روسیه و بقیه کشورها گسترش پیدا کرد؛ هر چند که از متن چنین بر می‌آید این بیانیه احتمالاً به اپیدمی‌های دیگر اشاره دارد^{۵۱۵}. آنفولانزا ممکن است قبل از اولین مورد تأیید شده وجود داشته ولی آن قدر خفیف که مورد توجه

⁵¹¹ Mittwoch 1913, nr. 11, 602.

به اپیدمی مهلک نخست توسط ابن‌اثیر (۱۱۶۰-۱۲۳۳) اشاره شده است.

Ibn al-Athir, Beirut, VII, p. 80. Tholozan 1891 a, p. 262; Idem 1891 b, p. 488.

⁵¹² Anonymous 1939, vol. 1, pp. 396, 604.

⁵¹³ Afkhami 2004; Elgood 1951), p. 466. بود. منبع احتمالی الگود «بیماری‌های اندمیک و اپیدمیک» بود. The Penny Magazine of the Society for the Diffusion of Useful Knowledge, vol. 10 (1841), p. 347 or "Medical and Surgical Reporter, vol. 63 (July 1890), p. 86" or "Medical and Surgical Reporter, vol. 63 (July 1890), p. 86" یا Science, vol. 15, no. 367 (14/02/1890), p. 106 یا Nature, vol. 41 (23/01/1890), p. 282.

⁵¹⁴ Anonymous 1836, p. 77, note**؛ همان مقاله نیز در این مجله به چاپ رسیده است. Journal der practischen Heilkunde, vol. LXXIX (1834), p. 62

⁵¹⁵ Pearson, Transactions of the medical and physical Society of Calcutta. vol. 6 (1833); quoted by Nicolai 1838, p. 257.

قرار نگرفته است. فهرست شدن این بیماری در واژه‌نامه پزشکی شلیمر (Schlimmer) ۱۸۷۴، نشانگر رخداد آن در زمان‌های زودتر است. گرچه ممکن است به منظور اهداف دیگری این بیماری فهرست شده باشد، به عنوان مثال، برای آگاه‌سازی پزشکان ایرانی از وجود چنین بیماری‌ای^{۵۱۶}. اولین گزارش حضور آنفولانزا در ایران مربوط به اکتبر ۱۸۵۴ است. در ۱۶ نوامبر، پولاک (J. E. Polak)، پزشک شاه، در نامه‌ای نوشت: «جدا از یک شکل خفیف رخداد وبا ... در طی سه هفته آخر یک آنفولانزای شدید خروشیده است که حداقل نیمی از مردم تهران را مبتلا کرده است. از آنجایی که بیماری سل در اینجا وجود ندارد، بزرگسالان، بدون هیچ خطری بهبود می‌یابند، گرچه زندگی بسیاری از کودکان، با تظاهرات خروسک (کروپ) گرفته می‌شود»^{۵۱۷}. البته پولاک به آنفولانزا در کتاب منتشر شده ۱۸۶۵ خود که یک فصل کامل در مورد «بیماری‌ها و اپیدمی‌ها که در ایران رخ می‌دهد» دارد هیچ اشاره‌ای ننموده است^{۵۱۸}.

دومین پیدایش ثابت شده آنفولانزا در ایران، در زمستان ۷۸-۱۸۷۷، بوده است^{۵۱۹}. در آن زمان، آنفولانزا به صورت همه‌گیری در اغلب شهرهای ایران پدیدار شد و باعث افزایش چشمگیر مرگ و میر طبیعی گردید. سیر معمول آن برای ۴-۵ ماه طول کشید و بعد از آن در هر زمستان، بازگشت کرد. در فارسی به این بیماری مَشْمَشَه گفته می‌شد که این اصطلاح در اصل برای ارجاع به آنفولانزای آسیبی بوده است. در سال ۷۸-۱۸۷۷، مرگ و میر در میان خارجی‌ها فقط ۲-۳٪ بود ولی به دلیل عدم وجود داده‌های آماری، هیچ

⁵¹⁶ Schlimmer 1970, p. 306

(گریپ یا نزله وبایی، قصبه‌الریه یا اپیدمی نزله‌ای حلق) شلیمر در حقیقت فقط نام بیماری را فهرست کرده است، اما هرگز در مورد تشخیص یا موضوعات درمانی آن بحث نکرده است. واژه فارسی بیماری به طور واضح توصیفی بوده و توسط شلیمر و یا همکارانش در دارالفنون خلق شده است.

⁵¹⁷ Polak 1855, p. 269.

⁵¹⁸ Polak 1865, vol. 2, chapter X.

همچنین او در این کتاب اشاره می‌کند که در ایران کروپ وجود ندارد (جلد ۲، ص ۲۹۲).

⁵¹⁹ US Government 1902, p. 874.

ارقامی در مورد مرگ ایرانی‌ها در آن زمان وجود ندارد. زمانی که بیماران، در زمان حمله آنفولانزا، دچار ذات‌الریه، ذات‌الجنب می‌شدند، بسیاری از آن‌ها می‌مردند.

”حمله بیماری معمولاً با احساس خستگی مفرط و بی‌حالی و لرز آغاز می‌گردد که با تنگی نفس، سرفه مداوم، تب بالا، استفراغ، کاهش اشتها و طنین دماغی حین صحبت کردن، ادامه می‌یابد.“ پزشکان اروپایی همان درمانی را که در اروپا به کار می‌بردند، تجویز می‌کردند، اما پزشکان بومی، ”ابتدا یک ملتین (مسهل) تجویز می‌کردند^{۵۲۰} که شامل صبر زرد، املاح، سنا و آلوچه ترش بخارایی، آب هندوانه، آمیزه‌ای از گلبرگ گل سرخ و شکر“ بود، مقدار آن بر اساس سن بیمار متفاوت بود^{۵۲۱}.

”افزون بر آن چه در بالا اشاره شد، معرق‌ها، شامل جوشانده‌های بنفشه، بابونه و تخم ختمی تجویز می‌شود و کینین و آهن به عنوان مقوی. غذا معمولاً محدود به شیر، سوپ و غذاهای مختلف تهیه شده از برنج است. پرهیز از سرما به شدت سفارش می‌شود و برای ایجاد تعرق حمام بخار به سبک مدیترانه‌ای برای بازگرداندن بیمار به وضعیت فیزیکی طبیعی، به عنوان مکمل سودمند، در نظر گرفته می‌شود. هیچ‌گونه احتیاط ویژه‌ای برای جلوگیری از گسترش بیماری انجام نمی‌شود“^{۵۲۲}.

گرچه بعد از آن زمستان، دیگر از وجود آنفولانزا در ایران چیزی شنیده نمی‌شود،

^{۵۲۰} آپرنیت (Aperient) مسهلی مانند سنا، گیاهی از خانواده فبسه (Fabaceae) است و به عنوان تحریک کننده روده استفاده می‌شود.

^{۵۲۱} US Government 1902, pp. 874-75.

عجیب است که شیوع آنفولانزا توسط دیگران ثبت نشده است، ولی اطلاعات (احتمالاً از عضو هیئت بهسازی آمریکا در استانبول) در پاسخ به درخواست ویژه اطلاعاتی پیرامون آنفولانزا در ایران توسط جراح آمریکایی ارسال شد. کلمو خبره بهداشت عمومی در جایگاه بهداشت خاورمیانه و با تجربه سال‌های بسیار در ترکیه و برخوردار از جایگاه سازمانی بهداشتی در ایران، به وجود آنفولانزا تا قبل از ۱۸۹۰ اشاره نکرده است.

Clemow 1889-1890, pp. 358-67. The 1911 edition of the Encyclopedia Britannica, vol. 14, p. 553

فقط به آنفولانزا در ایران در ۱۸۹۰ اشاره می‌کند و همین طور تولوزان ۱۸۹۱
a and b. Schlimmer 1970, p. 375 (q.v. morve; meshemesheh or glanders).

^{۵۲۲} US Government 1902, p. 875.

اما بیماری مرتب پس از آن رخ می‌داد. در ۱۸۹۰، در ۳ ژانویه، در تهران، آنفولانزا رواج پیدا کرد و در همان زمان در تبریز با شکلی شدیدتر نیز دیده شد. بیماری در بسیاری از شهرهای دیگر ایران مانند ساری، بارفروش، رشت، اصفهان، مشهد، شیراز و بوشهر ظاهر شد.^{۵۲۳} در سال ۱۸۹۱، همه‌گیری آبله، "همراه با رخداد جدی آنفولانزا وجود داشت که باعث مرگ و میر قابل توجه‌ای در بحرین، قطیف و جزیره قشم گردید".

بیماری در گواتر و "از خرداد تا مهر ۱۸۹۳ در کارون بالادست شایع بود"^{۵۲۴}. در ۱۸۹۵، الا سایکز (Ella Sykes)، گزارش نمود. "در جاسک (سرحد بلوچستان)، در زمان بازدید ما ساکنین از آنفولانزا رنج می‌بردند که باعث از بین رفتن روزانه تعدادی از مردم می‌شد"^{۵۲۵}. در همان زمان، بیماری در خرمشهر و کارون بالادست پدیدار شده بود.^{۵۲۶} در ۱۸۹۷، "تعداد زیادی بیمار در داخل کشور خصوصاً در شیراز وجود داشت، در این شهر آنفولانزا و تب شایع شد و باعث مرگ بسیاری گردید"^{۵۲۷}.

در اشاره به موقعیت حدود سال ۱۹۰۰، سایکس می‌نویسد: "ایرانیان می‌گویند که ابتلاء به آنفولانزا، چیز خوبی است ولی اگر بیماری به سر حمله کند باعث سفید شدن مو می‌گردد، آن‌ها همچنین به طور قطع گفتند آن‌هایی که هرگز قربانی مشمشه (آنفولانزایی که آن‌ها می‌نامند) نبوده‌اند، موهایشان بسیار زود خاکستری می‌شود"^{۵۲۸}.

⁵²³ Government of Great Britain 1891, p. 37; Adamec 1976, vol. 2, p. 485 (influenza in Mashhad in December 1889 and October 1891).

تولوزان (۱۸۹۱)، در مورد چگونگی و جدول زمانی بیماری‌ها از ۱۸۹۰ بحث می‌کند (گرچه بیماری از قم و کاشان عبور کرده بود ولی جمعیت این شهرها را تحت تأثیر قرار نداد). حجامت برای درمان آنفولانزا استفاده می‌شده است. Ruheman 1891, p. 68.

⁵²⁴ Lorimer 1906, vol. 2, p. 2555; Administration Report 1891-92, p. 10 (Qeshm);

⁵²⁵ Sykes 1901, p. 238.

⁵²⁶ Shahbaz 2005, p. 119.

⁵²⁷ Administration Report 1897-98, p. 19.

طلغیان آنفولانزا در اوایل ۱۹۰۰ در مسقط وجود داشت که ممکن است نوار ساحلی ایران را تحت تأثیر قرار داده باشد.

Administration Report 1899-1900, pp. 22, note, 25.

⁵²⁸ Sykes 1910, p. 339. Bird 1891, vol. 2, p. 74,

"برای تب آن‌ها از دم کرده بید علفی استفاده می‌کنند که مفید نیست."

در سال ۱۹۱۰، در اهواز، آنفولانزا وجود داشت، در ۱۹۱۲ آنفولانزا در شرق ایران خروشید؛ در حالی که در سال ۱۹۱۳ نیز مجدداً در خوزستان پدیدار شد^{۵۲۹}. اگر چه علی‌رغم ویران‌گری‌های ناشی از بیماری در ایران در ۱۹۱۸، به سختی اطلاعات قابل دسترسی درباره گسترش بیماری و یا بیماری‌زایی آن وجود دارد.

آرنولد ویلسون (Arnold Wilson)، در سال ۱۹۳۲ نوشت: "علیرغم وقوع بیماری‌های کشنده در ایران، نظیر طاعون خیارکی، وبا و نوعی آنفولانزا که دنیا را در سال ۱۹۱۸-۲۰ جارو کرد و به قیمت جان افراد بیش از چهار سال جنگ تمام شد، شواهد مستند اندکی در ایران وجود دارد"^{۵۳۰}. این بسیار تعجب‌آور است، زیرا میزان مرگ در ایران (در میان بیشترین کشورهای تحت تأثیر قرار گرفته در جهان) زیاد بود. در حقیقت، افخمی، تخمین زده که ایران ۹۰۰۰۰۰ تا ۲/۴ میلیون نفر را بر اثر آنفولانزا یا حدود ۲۱/۷-۸٪ از کل جمعیت خود را از دست داد^{۵۳۱}.

خوشبختانه، گزارشی توسط نلیگان، پزشک سفارت انگلیس در تهران و عضو مجلس حفظ الصحه، نوشته شده است، که یک دید کلی شیوع تهران، فراهم می‌سازد. نلیگان گزارش خود را در ۷ سپتامبر ۱۹۲۰ به مجلس حفظ الصحه عرضه داشت. از آنجایی که این گزارش (تا جایی که من می‌دانم) تنها گزارش مروری است که امکان آگاهی از سیر

⁵²⁹ Administration Report 1910, p. 63; IOR/L/PS/10/211, File 52/1912 Pt 3 'Persia Diaries', Meshed Consular Diary no. 17 for the week ending 27/04/1912; Administration Report 1913, p. 96.

⁵³⁰ Wilson 1932, p. 368.

من تاریخ‌های محلی بسیاری از شهرهای اصلی ایران را مطالعه نموده‌ام که معمولاً به اثر ویران‌کننده پاندمی ۱۹۱۸ بدون ذکر جزئیات اشاره نموده‌اند 41-40 pp. Majd 2003. که البته شرحی نامتعادل و سونگراانه است، مانند بقیه کتاب او.

⁵³¹ Afkhami 2003, p. 383

این ارقام قطعاً خیلی زیاد هستند. نلیگان (بخش مرگ و میر را در گزارش او در این فصل ببینید) خاطر نشان می‌کند که ارقامی را که او فراهم کرده است (که تخمین افخمی بر اساس آن است) هیچ ارزش علمی ندارد. همچنین، هم قبل و هم بعد از پاندمی، ایران به ترتیب از همه‌گیری تیفوس و مالاریای فصلی در رنج بود و همچنین فحطی موجود در آن زمان که منجر به ایجاد چنین ارقام مرگ و میر گردید.

شیوع، میزان مرگ و میر، علائم و دیگر اطلاعات مرتبط به پزشکی را فراهم می‌سازد، بر این اساس، من تصمیم به انتشار آن گرفتم، شاید برای کسانی که علاقمند به تاریخ پزشکی ایران و شیوع بیماری‌ها به صورت عام هستند، مفید باشد^{۵۳۲}.

من دربارهٔ زمینه، میزان جهانی و محلی که شیوع در آن رخ داد، چیزی نمی‌گویم زیرا این کار در مقالهٔ بسیار خوب افخمی انجام شده است. در همین مقاله، او از گزارش نلیگان استفاده کرده و به بخش‌هایی از آن ارجاع داده است. من همچنین تجزیه و تحلیلی از گزارش نلیگان ارائه نمی‌دهم زیرا این کار هم توسط افخمی در همان مقاله انجام شده است^{۵۳۳}. در اینجا، خواست من فقط ارائه متن گزارش و همچنین اطلاعات اضافی پیرامون رخداد آنفولانزا در ایران است. در ۱۹۱۸، بیماری نه تنها در ایران بلکه در افغانستان هم شایع شده بود. زمانی که در هفتهٔ دوم نوامبر ۱۹۱۸، بیماری در سیستان متوقف شد، "همچنین در ناحیهٔ چغانسور (افغانستان) شایع بود. گفته می‌شود تعداد زیادی از جمعیت، روستاهای خود را ترک کردند"^{۵۳۴}. در انتهای نوامبر، در کابل، روزانه ۲۰۰-۱۵۰ کشته وجود داشت. در دسامبر ۱۹۱۸، هنوز هم در هرات، کابل، قندهار و فراه، آنفولانزای شدید، وجود داشت^{۵۳۵}.

⁵³² FO 371/3892 Percy Cox to George N. Curzon, Tehran, March 8th, 1920; Insert no. 1, Anthony R. Neligan to Percy Cox.

نسخهٔ فرانسوی این گزارش ممکن است در اینجا یافت شود

FO 248/1313, Procès-Verbal 235eme session du 07/09/1920 of Conseil Sanitaire de l'Empire de Perse, pp. 99-106.

افخمی در مورد این گزارش بحث و گفتگو می‌کند و نقل قول‌های بسیاری از نلیگان ارائه می‌دهد، بنگرید

Afkhami 2003 and Afkhami 2004. See also, Government of Great Britain 1920, pp. 378f.

⁵³³ Afkhami 2003.

⁵³⁴ IOR/L/PS/10/211, File 52/1912 Pt 3 'Persia Diaries', Sistan and Kain Consulate Diary no. 48 for the week ending the 30th November 1918.

⁵³⁵ IOR/L/PS/10/211, File 52/1912 Pt 3 'Persia Diaries', Intelligence Summary for the Week ending 07/12/1918, number 47; Idem, Meshed Diary no. 48 for the week ending the 30th November 1918, p. 3.

ضمیمه

همه‌گیری آنفولانزا در ایران-۱۹۱۸

گزارش شده به وسیلهٔ ا. آر. نلیگان

پزشک سفارت اعلیحضرت، تهران

نمایندهٔ بریتانیا در مجلس حفظ الصحه^{۵۳۶}

هنگامی که شیوع آنفولانزا ۱۹۱۸ مورد بازبینی کلی قرار گیرد، شیوهٔ انتشار آن در عرصهٔ ایران ممکن است سودمند جلوه نماید. با این امید است که این مقالهٔ کوتاه نوشته شده است. همچنین هدف دیگر من تهیهٔ گزارش برای مجلس حفظ الصحه تهران و حرفه مندان منطقه‌ای در مورد آخرین فاجعهٔ رخ داده در این کشور است. من می‌گویم «آخرین»، زیرا این همه‌گیری به دنبال دو همه‌گیری دیگر بود، یکی تیفوس و دیگر تب راجعه که طی زمستان ۱۸-۱۹۱۷ و بهار سال ۱۹۱۸ ایران را جارو کردند. باعث این دو بدشانسی و بد اقبالی، دو تابستان خشک ۱۹۱۶ و ۱۹۱۷ بود که باعث ناکامی در کشت و کار شدند.

آمادگی کشور برای رویارویی با همه‌گیری آنفولانزا ناکافی بود و در نتیجه مرگ و میر بسیار بالا، بنابراین، این یک موقعیت خاص است که آن چه در ذیل خوانده می‌شود باید به خاطر سپرد. موضوع دیگر تعداد ناکافی پزشک تعلیم دیده در ایران است که در خارج از شهرهای بزرگ پیدا نمی‌شوند و نکتهٔ سوم، کمبود دارو است که حتی در

^{۵۳۶} تکمیل این گزارش به فاصلهٔ کوتاهی پس از آغاز آن به دلیل کار سخت در ارتباط با سازماندهی دوبارهٔ بیمارستان دولتی ایران، متوقف گردید. [A.R.N[eligan]

شهرهای بزرگ هم کاملاً تمام شده بود. این همه‌گیری، از چند نقطه متفاوت، ایران را مورد حمله قرار داد؛ این راه‌ها در روی نقشه پیوست این گزارش، نشان داده شده است. همچنین، مسیرهایی که بیماری پیموده است.

شمال از روسیه

(۱) عشق آباد، از آنجا به مشهد رسید (آگوست ۳-۴) و از آنجا به غرب از مسیر جاده تهران و جنوب به بیرجند (آگوست ۴) و سیستان (سپتامبر ۲-۳) و احتمالاً به یزد (اکتبر ۳)
 (۲) انزلی (آگوست ۴) از باکو
 (۳) تبریز (سپتامبر ۲) از قفقاز از طریق راه آهن جلفا - تفلیس
 - در جنوب از هند، از طریق:

- (۱) بندرعباس (اکتبر ۱)
- (۲) بوشهر (سپتامبر ۴) از آنجا به شیراز (اکتبر ۳) و کرمان (نوامبر ۲)
- (۳) خرمشهر (اکتبر ۱) از طریق بصره، از آنجا به اهواز، شوشتر، دزفول

در غرب از بین النهرین

دو موج آنفولانزا در بین‌النهرین وجود داشت: یکی در هفته ۴ ژوئن آغاز و در هفته ۳ آگوست پایان یافت. دومی در هفته سوم سپتامبر آغاز و تا هفته اول نوامبر پایان گرفت. اولی ایران را در قصر شیرین در جاده بغداد - کرمانشاه، مورد حمله قرار داد. ترافیک سنگینی از وسایل نقلیه موتوری به سمت داخل وجود داشت. کرمانشاه در ۴ آگوست دچار بیماری شد و به دنبال آن همدان (سپتامبر ۲)، قزوین (سپتامبر ۳)، تهران (سپتامبر ۳). جالب توجه است که سرعت سریع گسترش همه‌گیری از

مکانی به مکان دیگر در این قسمت از ایران به دلیل استفاده از وسایل نقلیه موتوری بوده است و در قسمت‌های دیگر دلیل وجود کاروان‌ها آهسته‌تر گسترده می‌شد. از تهران به وسیله جاده بزرگ جنوب به اصفهان در مرکز ایران و احتمالاً، در هفته سوم اکتبر به یزد راه یافت. رشت نیز به احتمال زیاد از طریق قزوین، محل اتصال دو جاده بزرگ آلوده گردید، اما در انتهای آگوست، آنفلوآنزا در انزلی وجود داشت که به احتمال از قزوین وارد شده بود.

ملاحظات کلی

مرگ و میر: هنوز مانده است که ثبت موارد مرگ در ایران معرفی شود. در حقیقت، آمار دقیق جمعیت وجود ندارد. بنابراین، هر تلاشی حتی به صورت تقریبی برای تخمین دقیق مرگ ناشی از همه‌گیری غیرممکن است. ارقامی که در قسمت آخر این گزارش آورده شده‌اند، باید با در نظر گرفتن این واقعیت مورد مطالعه قرار گیرند: این اعداد چیزی جز یک نشانگر خام از شدت بیماری در شهر مورد بررسی نمی‌باشند. آن چه که به طور قطع می‌توانیم بگوئیم این است که بیماری در میان مردم روستایی بسیار شدیدتر از افراد شهری بوده است.

بیماری در میان کسانی که مالاریای مزمن داشتند بسیار زیاد بود. مرگ در میان اروپایی‌ها، به نسبت بسیار کمتر از ایرانی‌ها بود. میزان مرگ، به خصوص در میان بومیان هندی، بسیار بالا بود.

دوره نهفتگی: این دوره به طور کلی ۴۸-۲۴ ساعت بود. در یک مورد در کرمان

”به طور واضح (بیماری) در ۶ ساعت خود را نشان داد.“

علائم: علائم مشاهده شده همان‌هایی بودند که در هر جای دیگری در همه‌گیری جهانی دیده شده بودند. علامت‌هایی که شفاهاً از کرمان گزارش شده‌اند، جالب هستند.

من در جایی ندیده بودم که چنین علائمی از کشورهای دیگر توصیف شده باشد. به چندین روش جوش‌های پوستی از بوشهر، اشاره شده است^{۵۳۷}.

عوارض: مانند بقیه کشورهای دنیا، عوارض سینه‌ای شایع‌ترین عارضه و اصلی‌ترین علت مرگ و میر بودند: برونکوپنومونی، پنومونی لوبار و آمپیم^{۵۳۸}. آخرین عارضه به ندرت در مراحل اول توسط پزشکان بومی تشخیص داده می‌شد و بیماران قبل از این که مورد جراحی قرار گیرند بسیار ضعیف بودند. بحث عمده‌ای در مورد همه انواع سل در این کشور وجود دارد و بسیاری از بیماران ریوی بعد از آنفولانزا، به سرعت دچار وضعیت بدتر می‌شدند. عوارض روده‌ای، و به خصوص انتریت همراه با دفع خون و موکوس در مدفوع، بسیار شایع بود^{۵۳۹}.

باکتری شناسی

متأسفانه، ملزومات تشخیصی برای شناخت باکتری‌ها در اکثر مناطق وجود نداشت. تعدادی پزشکان اروپایی هم بودند که بسیار درگیر کار؛ یا خود بیمار و یا هر دو بودند و فقط تعداد اندکی وقت برای آسیب شناسی بالینی داشتند؛ هر چند بررسی‌های دقیقی در کرمان صورت گرفت.

درمان

در کرمان یک واکسن تهیه شد و گفته می‌شد که در چهار نفر از پنج موردی که از آن استفاده کرده بودند، عملکرد خوبی داشته است. از درمان علامتی رایج، استفاده

^{۵۳۷} در نسخه فرانسوی اضافه شده است: "یا اگرانتم‌های متفاوت" که به معنای بشورات پوستی یا راش است.

^{۵۳۸} امپیم (Empyema) وضعیتی که چرک و مایع از بافت عفونی در حفره‌های بدن جمع می‌شود.
^{۵۳۹} آنتریت، التهاب روده‌ها به خصوص روده کوچک، یک وضعیت عمومی است که توسط عوامل متفاوتی می‌تواند ایجاد شود.

می‌شد. در بعضی از مناطق، مصرف سالیسیلات و آسپرین «به صورت خاص» مورد توجه قرار گرفت. بدون شک، این داروها مفیدترین داروها بودند و در چندین شهر تمامی ذخیره داروها استفاده شدند. تراکئیت شدید (التهاب شدید نای) که اکثر موارد دچار آن می‌شدند با استفاده وینوم آنتی مونیل^{۵۴۰} و ونیوم ایپکاکو آن‌ها^{۵۴۱}، به میزان ۱۰ قطره از هر کدام هر ۴ ساعت، به خوبی تسکین می‌یافت.

گزارش‌های محلی (منطقه‌ای)

من، این گزارش‌ها را مدیون کنسول‌های بریتانیایی و مسئولین نظامی و همچنین بسیاری از دوستان پزشک ایرانی و اروپایی هستم. تشکر ویژه خود را از همگی آن‌ها برای کمک‌های بی‌دریغ شان ابراز می‌دارم.

کرمانشاه: (۴۰۰۰۰) عملاً تمامی افراد بومی مورد حمله بیماری قرار گرفتند. گفته شد که میزان مرگ و میر در شهر ۱٪ و در روستاها تا ۲۰٪ بود. از منبع موثقی به من گفته شد که بسیاری از روستاها در کردستان کاملاً محو شدند^{۵۴۲}.

همدان: (۳۰۰۰۰) همه‌گیری گسترده بود و باعث ۱۰۰۰ مورد مرگ شد. در مجموعه‌ای از موارد، میزان مرگ در اثر برونکوپنومونی ۱۰٪ بوده است. اغلب ششستوی

^{۵۴۰} مایعی که به طور عمده حاوی آنتی موان مخلوط شده با شراب است و در تمامی موارد بالا جهت قی استفاده می‌شد.

^{۵۴۱} مایعی ساخته شده با اپیکاکوان‌ها، الکل و شراب سفید. اپیکاکوان‌ها، ریشه خشک شده Cephaleis ipecacuanha حاوی ۱/۴ تا ۱ درصد از امتین فعال، اپیکاکوان هیک یا اسید سفالیک، نشاسته، صمغ و غیره.

^{۵۴۲} در سپتامبر ۱۹۱۸، به دنبال قحطی، کرمانشاه گرفتار آنفولانزای بومی جهانی (پاندمی) شد که موجب مرگ بسیاری به خصوص در روستاها گردید. نزدیک انتهای اکتبر، همه روستاها در ماهی دشت و دره‌ها قبرستان‌هایی بزرگ داشتند. مردم به دلیل قحطی سال گذشته، هیچ مقاومتی نمی‌توانستند بکنند.

بینی با ensol، به عنوان «یک اقدام تقریباً قطعی پیشگیرانه»، مورد توجه بود^{۵۴۳}.
قزوین: همه‌گیری در ۱۶ سپتامبر در بین سربازانی که از همدان آمده بودند، آغاز شد. پورپورا و زردی مشاهده گردید^{۵۴۴}. خونریزی از بینی شایع بود. اشاره کردم که افراد دچار مالاریا، وضعیت بدی داشتند. بیماری از قزوین به سرعت در مسیر خطوط حمل و نقل، گسترش یافت. (الف) به سوی رشت یعنی مکانی که بیماران از اواسط سپتامبر دیده شدند (اگر چه امکان دارد که رشت از طریق انزلی که در اواخر آگوست دچار بیماری بود، آلوده گردیده باشد)، (ب) بیماری با سرعت کمتر به تهران که به دور از خط حمل و نقل سریع بود، گسترش یافت.

تهران: (۲۵۰۰۰۰) همه‌گیری در حدود ۲۲ سپتامبر ۱۹۱۸ در به طور ناگهانی شایع شد^{۵۴۵}. در ۲۴ سپتامبر، باد شدید غربی می‌وزید و نظریه عام این بود که این باد باعث بیماری شده است؛ آن قدر باور بر این نظریه شدت داشت که عموم مردم بیماری را «ناخوشی باد» نامیدند^{۵۴۶}. هر چند با تردید، ممکن است که مسافران اهل قزوین (که بیماری در آنجا حدود ۱۵ سپتامبر پدیدار شد) ناخوشی را با خود آورده باشند.

^{۵۴۳} "پنمونی و مالاریا بیش از آنفولانزا موجب مرگ می‌شدند به خصوص در میان هندی‌ها و بیمارستان‌های اینجا و همدان مملو از بیمار می‌باشند ... به نظر می‌رسد نیمی از جمعیت (کمتر یا بیشتر) دچار بیماری باشند." Hale 1920, p. 237

^{۵۴۴} بیماری خونریزی دهنده که به وسیله تراوش خون به داخل بافت‌ها، زیر پوست و از طریق مخاط مشخص می‌شود و موجب خونریزی‌های خود به خودی و نقاط کوچک خونریزی در پوست می‌شود.
^{۵۴۵} سفارت بریتانیا در ۱۴ اکتبر گزارش کرد که آنفولانزای شدید در تهران از سه هفته قبل شایع شده است. "چون شاه شنبه گذشته دچار بیماری شده بود و مرا از شرف یابی باز داشت. نخست وزیر در حال حاضر، در دوره نفاقت است"

IOR/L/PS/10/613, File 3360/1916 Pt 2 'Persian correspondence. (1917-18)', p. 64.

^{۵۴۶} پدیده باد در مشهد و کازرون نیز اتفاق افتاد (نک: ادامه گزارش) و معرفی باد به عنوان عامل بسیاری از بیماری‌ها مورد علاقه است، زیرا این عقیده هم در پزشکی اسلامی - جالینوسی و هم پزشکی سنتی وجود دارد. این یک باور بسیار قدیمی است و در وندیداد و ریگ ودا نیز وجود دارد. Floor 2004, p. 75.

در همین ارتباط جالب توجه است که بدانید منشاء کلمه آنفولانزا به معنای بالای آسمانی، تأثیر و نفوذ (ستارگان) می‌باشد.

یک مورد از این بیماران، دوره کوتاه تهاجم بیماری را از خود نشان داد. این بیمار، تهران را که در آن هیچ آنفولانزایی نبود، ترک نمود و در همان روز به قزوین رسید. روز بعد، او بیمار شد و در روز سوم، با تمام علائم معمول به تهران بازگشت. عمومیت یافتن همه‌گیری در شهر، در عرض یک یا دو روز پس از باد شدید، اتفاق افتاد.

پزشکان بومی متوجه شدند بیمارانی که در آن روز بیرون از منزل بودند به طور ناگهانی بیمار شده‌اند. میزان مرگ در میان افراد فقیر بسیار زیاد بود. کفن‌ها در گاری‌های دستی حمل می‌شدند و اجساد در قبرستان‌ها، انباشته می‌شدند.^{۵۴۷} کمترین تخمین ارائه شده، ۲۰۰۰ مورد مرگ در عرض ۳ ماه بود. مدیریت‌های گوناگون، بین ایرانی‌ها و هم اروپایی‌ها، عمدتاً ناگهانی و به صورت کامل، سازمان یافته بود. در میان عوارض نادرتر، پریکاردیت، اورکیت، ماستوئیدیت، مننژیت، نوریت اپتیک، فلج کام و مانی‌ا مشاهده شدند. اسهال خونی بسیار شایع بود. به نظر می‌رسید که هوای تازه، هیچ تأثیری بر پیشگیری ندارد. به طور عملی، ۸۰ نفر افراد انگلیسی حمل و نقل موتوری که در فضای آزاد زندگی می‌کردند، همگی بیمار شدند، همه آن‌ها در یک چادر تحت مداوا قرار گرفتند و هیچ عارضه‌ای در هیچ موردی اتفاق نیافتاد؛ به جز یک مرد بسیار ضعیف و ناتوان که دچار برونکوپنومونی شد و فوت کرد. نواحی روستایی به سختی دچار بیماری شدند.

اصفهان: (۸۰۰۰۰) بیماری از نوع شدید نبود. احتمالاً حدود ۳۰۰ مورد مرگ

وجود داشت^{۵۴۸}.

مشهدسر: به نظر می‌رسد این بندر و استان مازندران از طریق داخلی (از تهران؟)

^{۵۴۷} در نسخه فرانسوی: "مرده به صورت عادی تا به قبرستان بر روی شانه‌ها حمل می‌شود. [الآن] آن‌ها به وسیله ارا به حمل می‌شوند."

^{۵۴۸} "وقتی اپیدمی آنفولانزا در تمام کشور [احتمالاً مناطق اطراف] گسترش یافت، ۱۶۰۰ نفر فوت کردند. در یک روز، در روستای کوچک سورمک [نزدیک ایزدخواست]، مرده‌ها ۷۵ نفر بودند. در یک نیروی کوچک ۱۳۰ نفری نگهبانان جاده، ۶۰ نفر مردند، قبل از همه‌گیری، در مدرسه آنجا ۴۶ کودک وجود داشت و اکنون فقط ۱۹ نفر مانده‌اند."

دچار بیماری شده باشند، نه از طریق روسیه. همه گیری بسیار گسترده بود و پیر و جوان به شدت دچار بیماری بودند. در مشهدسر، حدود ۱۰۰٪ مرگ گزارش شد.

انزلی: (۱۰۰۰۰)، در انتهای آگوست، آلودگی از طریق باکو وارد شد، نوع بیماری خفیف و میزان مرگ فقط ۱۲٪ بود. اما تعدادی از پناهندگان ارمنی از روسیه به شدت دچار بیماری شدند و مجدداً اشاره به این شده است که وجود مالاریا چقدر بر بد بودن بیماری تأثیر دارد.

تبریز: (۲۰۰۰۰)، نیمی از جمعیت تحت تأثیر قرار گرفتند، اما بیماری خفیف بود. همه گیری در سراسر استان آذربایجان گسترش یافت.

مشهد: (۱۰۰۰۰)، تعداد تقریبی بیماران ۷۰۰۰۰ نفر بود با ۳۵۰۰ مورد مرگ. میزان مرگ در شهر ۵٪، در روستاها ۷٪ بود^{۵۴۹}. بیماری با تنبذادی سرد همزمان شد.

^{۵۴۹} "در حال حاضر یک همه گیری بسیار شدید گریپ در سراسر شهر وجود دارد ... یکی از خدمتکاران بیمارستان می گوید که از ۴۲ نفری که در محله آن ها زندگی می کردند، ۲۳ نفر در سه ماه گذشته فوت کرده اند." (قبل از اپیدمی آنفولانزا، تیفوئید در مشهد شایع شده بود).

PHS, 231/4, رولا هوفمن به دوستانش، مشهد، ۱۹۱۸/۰۸/۳۰. "همه گیری، یکی بعد از دیگری، تمام منطقه را درگیر کرده است ... تیفوئید، تیفوس، تب راجعه و اخیراً شدیدترین موج آنفولانزا که به نظر می رسد تقریباً ۱۰۰٪ جمعیت را گرفتار کرده است و موجب مرگ و میر چشمگیری شده است؛ به دنبال آن مالاریای شدید بدخیم نیز پدیدار شد. گفته می شود که بیشتر روستاهای نزدیک کاملاً خالی از جمعیت شده اند و بقیه نیز فقط حدود یک چهارم جمعیت قبلی خود را دارا می باشند. گفته می شود در محل هایی، محصول در مزارع در حال فاسد شدن است زیرا هیچ روستایی ای جهت درو کردن غله وجود ندارد. ظاهراً در خود مشهد وبا وجود نداشته است ولی در بسیاری از مکان های نزدیک به آن وبا به شکل همه گیری خفیف پدیدار شد."

PHS 231/4, دکتر هوفمن به اسپیر، مشهد، ۱۹۱۸/۱۰/۱۲. آنفولانزا تقریباً به تمامی خانه ها و محل های کسب و کار حمله کرد. تعدادی از مغازه ها بسته شده اند و کار در بسیاری از ادارات "به طور ناراحت کننده ای مختل شده است." بسیاری از سربازان که موقتاً به ادارات آمده بودند ناکارآمد بودند. IOR/L/PS/10/211, Meshed Diary no. 35 ending 31th August 1918, p. 1;

در انتهای سپتامبر ۱۹۱۸، آنفولانزا عملاً از مشهد ناپدید گردید، اما هنوز در قسمت هایی از استان شایع بود؛ به خصوص در تربت شیخ جام و کاریز

IOR/L/PS/10/211, File 52/1912 Pt 3 'Persia Diaries', Meshed Diary no. 39 for the week ending the 28th September 1918, p. 1

در اکتبر ۱۹۱۸، آنفولانزا هنوز در اطراف کاریز وجود داشت

IOR/L/PS/10/211, File 52/1912 Pt 3 'Persia Diaries', Meshed Diary no. 41 for the week ending 12/10/1918, number 47.

تمام استان خراسان مورد حمله بیماری قرار گرفت. از مشهد بیماری به سوی جنوب به سیستان و غرب در امتداد جاده تهران گسترش یافت.

سیستان: سه همه‌گیری متمایز پدیدار شد:

(۱) آلودگی از مشهد از راه بیرجند (۱۲۰۰۰ مورد بیماری با ۱۰۰ مرگ) به نصرت آباد - مرکز استان (۷۰۰۰ مورد با ۱۲۰ مرگ) آمد. تمامی استان دچار بیماری بود.^{۵۵۰}

(۲) رخداد بومی در خاش که احتمالاً از هند وارد شد. از ۱۳۹ مورد بیماری در میان سربازان، ۴۰ مورد مرگ بر اثر پنومونی وجود داشت.

(۳) دهانه باقی^{۵۵۱}. یک همه‌گیری شدید محلی در ژانویه ۱۹۱۹.^{۵۵۲} آلودگی احتمالاً به وسیله ایلپاتی‌ها از سرحد انتقال یافته بود.^{۵۵۳}

^{۵۵۰} در طی ۱۰ روز گذشته، آنفولانزا در قانات بسیار شایع بود. ۹۰٪ از جمعیت بیرجند از جمله پادگان انگلیسی، گرفتار هستند. در قانات ۴ مأمور مالیاتی فوت کردند، در همان حال افسران انگلیسی نیز دچار بیماری بودند.

^{۵۵۱} در نسخه فرانسوی دهنه داغی

^{۵۵۲} آنفولانزا در میرجاوه و دزدآب در ۲۰ اکتبر ۱۹۱۸ شایع شد. در دسته شماره ۲، ۱۷ مورد مرگ دیده شد و دسته ۲ به طور عملی تا ۳ هفته در محل کار حضور نیافتند. گروه من ۱۵ نفر از دسته ۴۵ نفری را از دست داد و همچنین یک مهندس انگلیسی نیز فوت کرد.

The no. 2 IOR/L/MIL/17/15/34, 'Despatch by Lieutenant-General R. Wapshare, C.B., C.S.I. on the Organization and Working of the East Persian Line of Communications. From 1st April 1918 to 15th January 1919', p. 21, 23. همان نویسنده

"همه‌گیری شدید آنفولانزا در انتهای سپتامبر در خاش شایع شد (بیماری بسیار شدید که ۴۰ نفر از ۲۰۰ نفر ساکن در پادگان مردند) و در اکتبر - نوامبر، سینداک (۲۱ مرگ)، کج (۲۳ مرگ)، رباط (۴۵ مرگ) و بابارهدار (۸ مرگ)، در دهنه باغی [همچنین] در ژانویه ۱۹۱۹،" p. 47. "بیماری در سراسر سیستان ادامه داشت و در روستاها باعث مرگ و میر بیشتری شد، بیماری به فراه و چغانسور (افغانستان) رسید."

IOR/L/PS/10/211, File 52/1912 Pt 3 'Persia Diaries', Sistan and Kain Consulate Diary no. 48 for the week ending the 2nd November 1918.

^{۵۵۳} سرحد منطقه‌ای متعلق به ایران و پاکستان است (مرز شمال غربی)، جنوب نصرت آباد و شرق بم. در بلوچستان جنوبی (بین بیابان و منطقه باهو)، جایی که هیچ بارانی نمی‌بارد و مردم در وحشت قحطی هستند، "کل روستا توسط آنفولانزا مورد حمله واقع شد و صدها نفر از پای در آمدند."

بوشهر: (۳۰۰۰)، بیماری از نوع شدید بود و از هند به وسیله کشتی وارد شد^{۵۵۴}
 (۱۵۰۰ بیمار با حدود ۱۵۰۰ مرگ). بازار بسته شد^{۵۵۵}. ضایعات پوستی متنوعی شامل مشاهده شد مانند تبخال، ارتیماتوز، پورپورا و موربیلیفورم. از این بندر، بیماری به شیراز (۱۵۰ مایل دورتر)، بدون از دست دادن شدت بیماری زایی گسترش یافت و از طریق استان فارس به شدیدترین شکل به استان های دیگر ایران، راه یافت. در مسیر خود به طرف بالاتر، از کازرون عبور کرد، از همان شهری که داستان با یک باد اولیه و تگرگ آغاز گردید. ساکنین گریختند و پزشکان بومی، بیماران را با داروهایی که به دشواری یافت می شد، درمان می کردند.

شیراز: (۵۰۰۰)، بیماری بسیار شدید بود. در کمترین تخمین، میزان مرگ ۲۰۰۰ نفر بود^{۵۵۶}. تمام استان به طور ناگهانی از هم گسیخته شد و بیماری شدید در

^{۵۵۴} همه گیری از ۴ سپتامبر در بوشهر آغاز شد و از آنجا به طرف شمال حرکت کرد (شیراز ۳ اکتبر) و باعث مرگ و میر بسیار شد، به طوری که کل خانواده ها از بین رفتند. حدود ۱۵۰۰۰ مورد بیماری گزارش شد که حدود ۲۰۰۰ نفر آن ها مردند. هزاران نفر وحشت زده از شهر گریختند.

Administration Report 1918, p. 8.

آنفولانزا به شکل همه گیری در هفته سوم اکتبر پدیدار شد و در هفته آخر نوامبر از بین رفت. تخمین زده شده است که تنها در شهر ۱۰۰۰ مورد مرگ وجود داشته است. سپس گزارش گردید که در بوشهر در ماه جولای بیماری شبه آنفولانزا، شایع بوده است.

Administration Report 1918, pp. 8, 16.

^{۵۵۵} در اکتبر ۱۹۱۸، ارتش بریتانیا قصد به تأخیر انداختن اعزام سربازان بیشتر به بوشهر را داشت چرا که عملیات نظامی به دلیل ناتوانی تعداد زیادی در اثر ابتلا به آنفولانزا عقب انداخته شده بود. مرگ و میر در میان افراد بومی بالاتر از سربازان بود. در ۲۳ اکتبر، همه گیری به اوج خود رسید. "حدود ۱۴۵۳ بیمار در آن روز در بیمارستان بودند. از جمله نیمی از کارکنان پزشکی که در نیرو حضور داشتند."

IOR/L/MIL/17/15/28, 'History of the Great War based on Official Documents: Operations in Persia 1914-1919', p. 409.

^{۵۵۶} بر اساس گفته سایکز، ۱۰٪ از جمعیت شیراز به علت بیماری از پای در آمدند. "همه گیری وحشتناک آنفولانزا در ابتدای اکتبر شایع شد ولی از نوع خفیف که میزان مرگ آن در بین سربازان فقط ۲٪ بود در مقابل ۱۸٪ در شیراز ... مرگ و میر در نواحی اطراف بالاتر بود."

Sykes, P.M. The History of Persia 2 vols. (London: Routledge-Kegan Paul, 1969), vol. 2, pp. 515-16.

"هیچ اغراقی نخواهد بود اگر گفته شود که قبایل عشایر فارس، ۲۰٪ از کل قدرتشان را طی اپیدمی از دست داده اند."

IOR/L/MIL/17/15/18, 'A Report on the Tribes of Fars' (1919), p. 7.

بین کارکنان پزشکی، کارگران باربر و مأموران پست و تلگراف، به مشکلات کمک‌رسانی در جایی که مورد نیاز بود، افزود. نرخ مرگ در نیروهای ایرانی ۱۰٪ بود و در یک دسته نیروی هندی نیز این میزان ۱۰٪ بود. یک دسته از سربازان ایرانی و هندی متشکل از ۴۱۶ نفر، ۳۱٪ از قوای خود را از دست داد. دسته دیگری ۷۲٪ از افراد هندی پادگان را از دست داد که این افراد از مالاریا نیز بسیار در رنج بودند. بیماری به سراسر استان گسترش یافت و در تمام شیراز و منطقه قشقایی (گرمسیر و سرحد)، شرق شیراز تا ماوراء نیریز بیماری بسیار شدید بود^{۵۵۷}.

ولی در پایین‌تر و در مسیر جاده شیراز - بوشهر بیماری خفیف‌تر بود. جوانان بیشتر از افراد مسن و کودکان و مردان بیشتر از زنان، دچار بیماری بودند. گفته شده است که طایفه قشقایی، بیش از یک سوم قدرت جنگی خود را از دست داد. داستانی در مورد این افراد ایللیاتی نقل شده است. پنج تن از آنان در کنار جاده‌ای بیمار شدند و چند روز بعد همان شخص آن‌ها را کنار نهر آبی، مرده پیدا کرد؛ شکی نیست که آن‌ها جهت نوشیدن آب تا کنار نهر خزیده بودند. تفنگ‌هایشان کنارشان بود و کسی باقی‌نمانده بود تا آن‌ها را بر دارد. آشکار شد که هوای آزاد هیچ‌ارزش‌پیشگیرانه‌ای ندارد ولی زمانی که بیماری حادث می‌شد، افرادی که در هوای آزاد یا چادرها درمان می‌شدند، وضعیت بهتری داشتند.

بیماری در یک شهر، روستا یا مسیر، در قالب یک موج ۲۴-۴۸ ساعته، عمل می‌کرد.

باکتریولوژی: باسیل پفیفرز (Pfeiffer's Bacillus) در آگار خونی رشد می‌کرد. با در نظر گرفتن تفاوت در شدت همه‌گیری در اصفهان و شیراز جالب است اشاره شود

^{۵۵۷} در اینجا اصطلاح سرحد به مناطق تابستانی عشایر اشاره دارد. سرحد معنای مناطق تابستانی خوزستان را دارد. در روستای نودان با جمعیت ۷۰۰ نفر، نیمی به دلیل زکام در پاییز ۱۹۱۸ جان باختند. IOR/L/MIL/17/15/12/10, Mobilisation Routes in Persia, vol. IV, Part II, p. 82.

که عفونت از هند از طریق بین‌النهرین و تهران به اصفهان رسید، در حالی که بیماری از مسیر مستقیم تر و کوتاه تر، از راه بوشهر به شیراز رسیده بود.

کرمان: (۴۰۰۰۰)، در اینجا نیز همه‌گیری شدید بود و از شیراز از طریق سیدآباد وارد شد^{۵۵۸}. حدود ۴۰۰۰ مورد مرگ رخ داد^{۵۵۹}. میزان مرگ در شهر ۱۰٪ بود (۷٪ در موارد بیمارستانی) و ۳۰-۴۰ درصد در روستاها. از جمعیت ۱۳۰۰۰ نفری بم، ۶۰۰۰ نفر مردند! علائم دهانی مربوط به بیماری چنین توصیف شده است. "زبان پوشیده از خز قهوه‌ای کلفت که اطراف و نوک آن روشن تر است. کام نرم همواره با لایه آبی، قارچی سفید که ممکن بود کلفت یا نازک باشد، پوشیده شده بود"، مأموران پزشکی آن را به عنوان نکته تشخیصی در نظر می‌گرفتند^{۵۶۰}. (colonel T. B Hance, I. M.) (S)

^{۵۵۸} آنفولانزا در پایان اکتبر به سعیدآباد و در ۱۷ ام اکتبر به کرمان رسید، میزان بروز بیماری در هر دو شهر باید حدود ۹۰٪ بوده باشد: کنسول هرگز نشنید که به خصوص در میان ایرانی‌ها در کرمان، بیش از ۲ یا ۳ نفر از گریخته باشند. برای حدود سه هفته، تعداد کشته شدگان که اغلب به علت پنومونی سپتیک و برونشیت بود باید حدود ۲۰۰-۱۰۰ نفر در روز بوده باشد و عملاً همه مردم شهر در یک زمان بیمار بودند، تمامی داد و ستد به طور موقتی، تعلیق مانده بود "هیچ اروپایی در کرمان نمرد، ولی سروان کار (Car) در سعیدآباد فوت نمود. پلیس جنوب ایران در کرمان، ۲۵۰۰ بیمار داشت که ۲۱۷ نفر آنها یا ۸/۵٪ فوت نمودند". در نرماشیر، مرگ و میر در میان تفنگداران جنوب ایران، ۳۲/۶٪ بود. به گفته پلیس، تعداد کل مرگ در کرمان ۱۲۶۰ نفر بود، ولی این رقم قطعاً دقیق نیست" در منطقه به خصوص در جیرفت، بم، نرماشیر، رفسنجان و خبیص (شهداد) همه گیری بسیار شدیدتر بود و به ادعای مردم، این بدترین نوع بیماری بود که به خاطر داشتند، مردم روستایی برای چنین بیماری‌ای آماده نبودند و آن را فقط یک سرماخوردگی می‌پنداشتند لذا به کار و فعالیت ادامه دادند. "نتیجه آن شد که بین ۲۵٪ تا ۴۰٪ و حتی بیشتر جمعیت این مناطق تلف شدند. مزارع کشت نشدند. حیوانات بارکش و بقیه املاک بدون صاحب رها شدند و در حقیقت زندگی در استان به حالت تعلیق درآمد. برای استان سال‌ها طول خواهد کشید تا این مصیبت ترمیم شود."

Administration Report 1918, pp. 24-25.

^{۵۵۹} "در آوریل ۱۹۱۸، تعداد زیادی موارد گوارشی، حدود [...] موجود، هشدار بعدی همه‌گیری وبا بود [...] سپس] یک پاندومی وحشتناک آنفولانزا اسپانیایی بود [...] که در اوج خودش ۲۰۰۰ نفر را در یک هفته در کرمان از بین برد. سایکس می‌گوید که مرگ در میان پلیس جنوب ایران در شیراز ۱۸٪ و در کرمان قطعاً کمتر نبود."

Skrine 1962, p. 48.

^{۵۶۰} اشاره به علامت و نشان بیماری دارد که بر اساس آن می‌توان تشخیص گذاشت.

مطالعات باکتریولوژی که توسط کاپیتان مارتین، (C. de. C. Martin , I. M. S) انجام گرفت، چنین بیان شده است: حضور باکتری میکروکوکوس کوچک-گرم منفی به میزان بسیار زیاد در مقایسه با وجود بقیه ارگانیزم‌ها، نشان می‌دهد این میکروکوکوس که با بقیه باکتری‌های طبیعی موجود در گلو شباهتی ندارد، عامل احتمالی به نظر می‌رسد. واکسنی تهیه شد و در ۵ نفر استفاده گردید که ۴ نفر از آن‌ها بهبودی واضح نشان دادند.

یزد: (۴۰۰۰۰)، به صورت منطقه‌ای، تصور می‌شد، که بیماری از مشهد آمده است. (از طریق یک مسیر صحرائی کم استفاده) و همچنین از کرمان، اما همه‌گیری از نوع خفیف بود و پس از مقایسه تاریخ‌های ظهور بیماری، مشخص شد که احتمالاً از اصفهان وارد شده است. حدود ۳۵۰ مورد مرگ گزارش گردید. گزارش شد که در برخی از روستاها ۲۵٪ از افراد مرده‌اند.

خرمشهر: عفونت از هند و از طریق بصره وارد شد. شیوع شدید بود (۶۰۰۰ بیمار با حدود ۲۵۰ مورد مرگ). نواحی به شدت مورد حمله قرار گرفتند.

اهواز، دزفول، شوشتر: همه‌گیری شدید نبود. دو شیوع جداگانه اتفاق افتاد^{۵۶۱}. یکی در آگوست در بین جمعیت شهری و در نوامبر (شدید) در یک نیروی انگلیسی در اهواز.

بندرعباس: بیماری به وسیله کشتی‌ها از هند وارد شد. نوع آن خفیف بود ولی در حدود ۳ ماه طول کشید تا طغیان فروکش کند^{۵۶۲}.

^{۵۶۱} در اهواز، همه‌گیری آنفولانزا در ابتدای اکتبر پدیدار شده و در انتهای نوامبر ۱۹۱۸، پایان یافت. "همه‌گیری، جمعیت بومی شهر را مورد حمله قرار داد و تعداد قابل توجه‌ای مرگ از بیماری وجود داشت."

Administration Report 1918, p. 42.

^{۵۶۲} در لنگه، آنفولانزا در نوامبر ۱۹۱۸ ظاهر شد و موجب ۲۵۰ مورد مرگ گردید.
Administration Report 1918, pp. 8, 14.

جدول ۴-۱: ناتوانی و مرگ طی پاندمی آنفولانزا ۱۹۱۸-۱۹۱۹
در مناطق شهری ایران، بر اساس داده‌های موجود

شهر	جمعیت	موارد بیماری	مرگ و میر	مرگ و میر (%)	مرگ / بیماری (%)
مشهد	۱۰۰۰۰۰	۶۶۶۶۷	۳۵۰۰	۳/۵	۵/۲
بیرجند	-	۱۲۰۰۰	۱۰۰	-	۰/۸
نصرت آباد	-	۷۰۰۰	۱۲۰	-	۱/۷
انزلی	۱۰۰۰۰۰	-	-	-	۲
مشهد سر	-	-	-	-	۱۰
تبریز	۲۰۰۰۰۰	۱۰۰۰۰۰	-	-	-
همدان	۳۰۰۰۰۰	-	۱۰۰۰	۳/۳	۱۰
تهران	۲۵۰۰۰۰	-	۲۰۰۰	۰/۸	-
اصفهان	۸۰۰۰۰	-	۳۰۰	۰/۴	-
یزد	۴۰۰۰۰	-	۲۵۰	۰/۴	-
بوشهر	۳۰۰۰۰۰	۱۵۰۰۰	۱۵۰۰	۵	۱۰
خرمشهر	-	۶۰۰۰	۲۵۰	-	۴/۲
شیراز	۵۰۰۰۰۰	-	۲۰۰۰	۴	-
کرمان	۴۰۰۰۰۰	-	۴۰۰۰	۱۰	۱۰
بم	۱۳۰۰۰۰	-	۶۰۰۰	۴۶/۲	-

FO 371/3892 Percy Cox to George N. Curzon, Tehran, March 8th, 1920; Insert no. 1, Anthony R. Neligan to Percy Cox.

این جدول در متن فرانسوی موجود است و در گزارش نیامده است.

دوران پس از شیوع

در دههٔ بعدی، آنفولانزا عمدتاً به شکل خفیف به رخداد خودش در ایران ادامه داد. برای مثال، در ۱۹۲۲، یک رخداد آنفولانزا در بندر لنگه اتفاق افتاد^{۵۶۳}. در نوامبر

⁵⁶³ Administration Report 1922, p. 20.

۱۹۳۱ در مشهد و مجدداً در سال ۱۹۳۳ در همان شهر آنفولانزا وجود داشت. زمانی که "میزان غیرعادی از بیماری آنفولانزا (وجود داشت). گزارش می‌شود که حدود ۱۰-۷۰٪ از ساکنین به آنفولانزای خفیف و بیماری ریوی مبتلا هستند". هر دو رخداد پس از تغییرات ناگهانی آب و هوا و سرد شدن اتفاق افتادند.^{۵۶۴} در دسامبر ۱۹۳۱، در بوشهر "پنومونی، آنفولانزا و مالاریا در طول ماه، خروش بر می‌داشته‌اند و مرگ و میر بسیار زیاد بوده است"، اما در ژانویه ۱۹۳۲، بیماری کاهش یافت و در انتهای ماه، وضعیت سلامت به حالت طبیعی بازگشت.^{۵۶۵}

در نوامبر و دسامبر ۱۹۳۴، رخداد خفیف‌تر آنفولانزا در بوشهر وجود داشت. "بیشتر بیماران دچار سرفه‌های شدید تحریکی می‌شدند و بعضی دچار برونکوپنومونی که به همین علت افزایش حدود ۵۰۰ نفر با بیماری ریوی، روی داد. همه‌گیری تمامی سنین و طبقات اجتماعی را تحت تأثیر قرار داده بود ولی مدت بیماری در کودکان اروپایی، طولانی‌تر بود"^{۵۶۶}. در سپتامبر ۱۹۴۴، چند موردی آنفولانزا در بوشهر وجود داشت^{۵۶۷} که به نظر نمی‌رسید شبیه بقیه رخدادهای آن دهه باشد.

همچنین در دسامبر ۱۹۳۱، در کرمان فرم خفیف آنفولانزا با چند مورد گزارش مرگ وجود داشت. در ژانویه ۱۹۳۲، شکل شدید بیماری به جیرفت و رودبار گسترش یافته بود. در همان زمان بیماری در کرمان و اطراف آن هنوز وجود داشت. گزارش شده است که

⁵⁶⁴ IOR/L/PS/12/3406, Coll 28/10 'Persia. Diaries; Meshed Consular Diary no. 22 ending 30th November 1931, p. 1; Idem, HBM's Consulate General for Khorasan, Political Diary for the month of October 1933, p. 1.

⁵⁶⁵ IOR/L/PS/12/3712, Coll 30/5 'Persian Gulf; Bushire Residency Consulate-General Diary no. 12 for the month December 1931, p. 2; Idem, Bushire Residency Consulate-General Diary no. 12 for the month January 1932, p. 1.

⁵⁶⁶ Administration Report 1934, p. 11.

⁵⁶⁷ IOR/L/PS/12/3713, Bushire Intelligence Summary no. 17 for 1st to 15th September 1944, p. 1.

بیماری در شکل بسیار شدید در یزد شیوع یافته بود^{۵۶۸}. در زمستان ۳۷-۱۹۳۶، یک رخداد آنفولانزا در شیراز وجود داشت^{۵۶۹}.

به نظر می‌رسد، که به طور خاص، سیستان، به طور منظم دچار آنفولانزا بوده است. طبق گزارش ارتش بریتانیا، "آنفولانزا به صورت همه‌گیری‌های کوتاه ولی بسیار تهاجمی گزارش می‌شود، به طوری که احتمالاً باعث از دست رفتن ۵۰٪ موارد بوده‌اند. یک همه‌گیری غیرعادی از نظر شدت، با مدت ۱۲ روز، در ژانویه ۱۹۰۴ روی داد که به سیستان محدود نشد و هم‌زمان در پهنه وسیعی از شرق ایران شیوع یافت و ارتباطی به بدی آب و هوا نداشت"^{۵۷۰}. طبق گفته کنسول بریتانیا در سیستان، در ۳۰-۱۹۲۹، رخداد تیفوس و آنفولانزا در قائن وجود داشت که در روستاها شیوع داشته و باعث مرگ بسیاری شد.

او سپس گزارش نمود که در نوامبر ۱۹۳۱، به ویژه، یک نمونه آنفولانزای مهاجم که سریعاً به پنومونی و بسیاری از مرگ‌ها منتهی گردید در سیستان و روستاهای اطراف همه‌گیر شد که مجدداً در ۳۳-۱۹۳۲ به سیستان و قائن در زمستان ۳۲-۱۹۳۱ یورش برد و در ۳۳-۱۹۳۲ در سیستان، بومی شده بود^{۵۷۱}. در دسامبر ۱۹۳۷، رخداد

⁵⁶⁸ IOR/L/PS/12/3413, Diary of HM's Consul, Kerman, no. 9, for November 1931, p. 2; Idem, Diary of HM's Consul, Kerman, no. 1, for January 1932, p. 2; Administration Report 1932, p. 31. There also was a mild outbreak of influenza in Tehran. PHS, 231/4, Hoffman/Tehran to Friends, 04/01/1933.

⁵⁶⁹ Administration Report 1937, p. 17.

⁵⁷⁰ IOR/L/MIL/17/15/5, Military Report on Persia, p. 125.

⁵⁷¹ IOR/L/PS/12/3415, Annual Commercial Report for the Provinces of Sistan and Kain, including Zahedan and the Sarhad, for 1929 and 1930, p. 10; IOR/L/PS/12/3403, Diary of HM's Consulate Sistan and Kain for November 1931, p. 3; IOR/L/PS/12/3415, Annual Commercial Report for the Provinces of Sistan and Kain, including Zahedan and the Sarhad, for 1931 and 1932, p. 7; Idem, Annual Commercial Report for the Provinces of Sistan and Kain, including Zahedan and the Sarhad March 1932-March 1933, p. 7.

شدید آنفولانزا در زاهدان وجود داشت که در طی آن ۴۰ سرباز مردند^{۵۷۲}. در ۱۹۵۷، همه‌گیری آنفولانزا در کل کشور وجود داشت و طی آن مسئولان بهداشتی، افزایش مصرف مایعات، استراحت و عدم مصرف آنتی بیوتیک را توصیه نمودند^{۵۷۳}. ایران نیز مانند دیگر نقاط دنیا، به طور منظم دچار آنفولانزای می‌گردد و طبق نظر سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۸، "فعالیت زیاد آنفولانزا در ایران ادامه می‌یابد و همه انواع تیپ‌های آنفولانزای فصلی، مورد شناسایی قرار می‌گیرند"^{۵۷۴}.

کتابشناسی

آرشیوها

British Library - India Office (IOR), London, UK

IOR/L/PS/10/211

IOR/L/PS/12/3403

IOR/L/PS/12/3406

IOR/L/PS/12/3413

IOR/L/PS/12/3415

IOR/L/PS/12/3712

IOR/L/PS/12/3713

IOR/L/MIL/17/15/5

IOR/L/MIL/17/15/34

IOR/L/PS/20/C201/2 , 'Military report on Persia

⁵⁷² IOR/L/PS/12/3406, Consulate-General for Khorasan, Zabol. Political Diary for December 1937, p. 3. In June 1936 there was mild influenza in Mashhad. PHS, 231/4, Hoffman/Tehran to his Mother, 14/06/1936.

⁵⁷³ Azizi 2014, p. 375

⁵⁷⁴ WHO, Influenza update 308 (05/02/2018).

National Archives, Kew Gardens, London, UK.

FO 248/1204 Kermanshah report no. 9, 01/11/1918 by Lt. Col. Kennion

FO 371/3892 Percy Cox to George N. Curzon, Tehran, March 8th, 1920

Presbyterian History Society. Philadelphia, USA.

PHS, 231/4, Rollah Hoffman correspondence

کتابها و مقالات

Administration Report = *Administration Report on the Persian Gulf Political Residency for the year (1873 to 1940)* in Government of India. *The Persian Gulf Administration Reports 1873-1947*, 10 vols., Gerrards Cross, Archives Editions, 1986.

Afkhami, A.A. 2003. "Comprised Constitution: The Iranian Experience with 1918-1919 Influenza Pandemic," *Bulletin of the History of Medicine* 77, pp. 367-92

___ 2004, "Influenza," iranica.com.

Anonymous 1836. *Allgemeines Repertorium der gesammten deutschen medizinisch-chirurgischen Journalistik*. Leipzig, I. Ergänzungsheft zum IX. Jahrgang.

Anonymous 1841. "Endemic and Epidemic Diseases," *The Penny Magazine of the Society for the Diffusion of Useful Knowledge*, vol. 10.

___, 1890. "The Grippe and Cholera," *Medical and Surgical Reporter*, vol. 63 (July), p. 86.

___ 1890. *Nature*, vol. 41 (23 January), p. 282.

Azizi, M.H., Raes-Jalali, G.A. and Azizi, F. 2014. "A History of the 1918 Spanish influenza Epidemic and its Impact on Iran," in Mohammad Hossein Azizi, *A Collection of Essays on the History of Medicine in Iran*. Tehran: Academy of Medical Sciences, pp. 373-76.

Bird, Isabella 1891. *Journeys in Persia and Kurdistan*, 2 vols. London.

- Clemow, F.G. 1889-90. "Epidemic Influenza," *Public Health. The Journal of the Society of Medical Officers of Health*. vol. 2 (May 1889- to April 1890), pp. 358-67.
- Elgood, Cyril 1951. *Medical History of Persia, and the eastern caliphate*. Cambridge: CUP.
- Floor, Willem 2004. *Public Health in Qajar Iran*. Washington DC.
- Government of India 1987. *Trade Report of Bushire 1918-19*, in *The Persian Gulf Trade Reports 1905-1940* (Bushire) 2 vols. Gerards Cross: Archive Editions.
- Government of Great Britain 1891. (Local Government Board), Dr. Parsons, *Report on the Influenza Epidemic of 1889-90*. London: HMSO.
- ___ 1920. Government of Great Britain, Ministry of Health. *Report on the Pandemic of Influenza 1918-1919*. London: HMSO.
- Hale, F. 1920. *From Persian Uplands*. London.
- League of Nations 1920. *Records of the First Assembly. Plenary meetings*. Geneva.
- Lorimer, J.G. 1906-15. *Gazetteer of the Persian Gulf, 'Oman, and Central Arabia*. 2 vols.
- Majd, Mohammad Gholi 2003. *The Great Famine and Genocide in Persia, 1917-1919*. Lanham, UPA.
- Mittwoch, E. 1913. "Die älteste influenzaepidemie in Persien und Mesopotamien (im Jahre 855 n. Chr.)." *Berliner klin. Wochenschr.* 1913, nr. 10, Ref. *Muench. med. Wochenschrift* nr. 11,
- Nicolai, A.H. 1838. *Die Medizinal und Veterinair Polizei*. Berlin.
- Polak, J. E. 1855. "Briefe aus Persien (16 November 1854)," *Wiener medizinische Wochenschrift*, vol. 5, p. 269
- ___, 1865. *Persien, Das Land und seine Bewohner*. 2 vols. Leipzig, Brockhaus.
- Ruheman, Jacob 1891. *Die Influenza in dem Winter 1890/91*. Leipzig: Georg Thieme.
- Schlimmer, Joh. L. 1970. *Terminologie Medico-Pharmaceutique*. Tehran: Daneshgah.
- Shahbaz, Shahnavaaz 2005. *Britain and the Opening Up of South-Western Persia, 1880-1914*, London.
- Skrine, Clarment 1962. *World War in Iran*. London: Constable & Co.

- Sykes, Ella 1901. *Through Persia on a Side-saddle*, London.
- _____, 1910. *Persia and its People*. London: MacMillan,
- Sykes, P.M. 1969. *The History of Persia* 2 vols. London: Routledge-Kegan Paul.
- Tholozan, Joseph Desirée 1891. "La grippe en Perse en 1889-1890," *Bulletin de l'Académie de Médecine* 26, pp. 250-62
- _____, 1891. *Journal d'hygiène*, vol. 16, p. 488.
- US Government 1902, *Public Health Reports issued by the supervising Surgeon-General*. Washington DC: GPO, vol. XVI, Pt. 1, issues 1-26, pp. 472-78.
- Weston, Harold 1920. "Hero Hunting in Persia," *Asia and the Americas*, vol. 20 (October), Part 2, pp. 885-92.
- Wilson, Arnord T. 1932. *Persia*. London: Ernest Benn.

فصل پنجم

ابعاد نادیده گرفته شده

از تاریخ اجتماعی صنایع نفت ایران

مورد زیرساخت‌های پزشکی اولیه جنوب خوزستان^{۵۷۵}

مترجم: اسماعیل نبی پور

^{۵۷۵} نسخه کوچک‌تر از این مطالعه در کارگاه «تاریخ اجتماعی کار در صنعت نفت ایران» که در مؤسسه بین‌المللی تاریخ اجتماعی آمستردام در دسامبر ۲۰۰۹ برگزار گردید، ارائه شد.

چکیده

این مقاله خدمات پزشکی شرکت نفت ایران - انگلیس (Anglo-Persian Oil Company - APOC)، از ابتدایی ترین وضعیت آن در سال ۱۹۰۷ تا جدیدترین تسهیلات پزشکی در خاورمیانه در سال ۱۹۵۰، را مورد بررسی قرار می دهد. اصل، ماهیت و قلمرو ارائه خدمات پزشکی، همچنین گسترش جغرافیایی آن مورد بحث قرار می گیرد. خدمات ارائه شده نه تنها نیازهای شرکت را برآورده می کرد بلکه ابزاری برای ارتباطات عمومی شرکت جهت پیشبرد موفقیت در مذاکراتش با شرکای محلی و خارجی بود. در عین حال، خدمات ارائه شده در حد مطلوب نبود چرا که علی رغم این واقعیت که شرکت نفت ایران - انگلیس مسئولیت قانونی سلامت عمومی و بهسازی در مناطق تحت انحصار خود داشت ولی در این راستا دستاورد بسیار کمی را به دست آورد.

مقدمه

در جریان نوشتن هر مطلب درباره صنعتی که نقش مؤثری در اقتصاد و سیاست ایران بازی کرده و هنوز نیز چنین نقشی را دارا است، نمی توان از تمرکز بر اهمیت اقتصادی و البته موارد سیاسی هم چون برون ده نفت، درآمدها، جایگاه قانونی نیروی کار، اعتصابات کارگری و چگونگی ملی شدن نفت چشم پوشی کرد. اما برای رخ دادن این موارد مهم و با اهمیت، می بایست چیزهای ضروری دیگری نیز اتفاق می افتادند. البته منظور من آن چه در اصل به تحقق پروژه های نفتی می پردازد، از جمله کشف نفت و به دست آوردن پول از طریق آن، استخدام و به کارگیری متخصصین و فرستادن آن ها به خوزستان جهت پدید آوردن زیرساخت ها برای این که تولید نفت امکان پذیر

و پایدار شود، نیست.

افزون بر این، خوزستان در سال ۱۹۰۷، مکانی نا امن و تمام این استان درگیر جدال‌های قومی بود. چنانچه پاره‌ای از اقدامات امنیتی صورت نمی‌گرفت، تا جذب سرمایه صورت گرفته و پیشرفت‌های اقتصادی را امکان‌پذیر نماید، بدون تردید در پیشرفت و توسعه خوزستان، مانع ایجاد می‌شد^{۵۷۶}.

گرچه حل و فصل مشکلاتی از این دست برای ایجاد و گسترش صنعت نفت در خوزستان جزء موارد اصلی و ضروری بوده است اما من در این نوشتار بیشتر روی منظری فراموش شده از تاریخ کار، یعنی خدمات سلامت ارائه شده به کارگران نفت، تمرکز می‌کنم. زمانی که شرکت نفت ایران - انگلیس (APOC) شروع به استخدام کارکنان خود، چه ایرانی و چه خارجی کرد، می‌بایست مجموعه‌ای از زیرساخت‌ها برآورده می‌شدند، مانند تأمین آب، غذا، پناهگاه و انرژی تا نیازهای پایه‌ای بقاء کارگران را در منطقه‌ای که روزی جزء محروم‌ترین مناطق ایران به حساب می‌آمد تضمین کند. زمانی که کارگران کار و زندگی را در منطقه شروع کردند، به چیزهایی بیش از خانه و غذا نیاز داشتند. هنگامی که آن‌ها خانواده‌های خود را به خانه‌های جدیدی که بنیان گذاشته شده بودند، آوردند، بچه‌های آنان نیاز به آموزش داشتند و هر کس نیز تا حدی به اقدامات تفریحی نیاز داشت^{۵۷۷}. همچنین، به خاطر سالم نگهداشتن نیروی کارگری،

^{۵۷۶} بنگرید. Shahnava 2005, pp. 115.

^{۵۷۷} "شرکت متوجه شده بود که برای به دست آوردن بهترین کار، برقراری استاندارد با بهترین حساسیت و طراوت در بین کارگران و کارکنان لازم و ضروری است تا ساعات فراغت به طور دلپذیری تضمین شوند. برای نیل به این هدف، باشگاه‌ها، سالن‌های تفریحی، کتابخانه امانتی، استخر شنا، زمین‌های تنیس و اسکواش فراهم شده بودند. در همان زمان، ساخت تماشاخانه‌ها و میدان‌های مسابقه، نمایشگاه‌های گل و موارد مشابه در قالب شرکت‌های خصوصی مورد توجه قرار گرفت."

Anonymous 1929, p. 18.

به نظر می‌رسد توصیف تسهیلات تفریحی که بیشتر به سمت و سوی کارمندان خارجی شرکت سمت و سو پیدا می‌کرد، اگرچه، وسایل و تسهیلات مشابه برای کارمندان ایرانی مهیا گردید. بدین گونه بود که بین آن‌ها دوستی و برادری برقرار نشد. بنگرید

Shahni 1374, pp. 353-67; Anonymous 1938; Elwell-Sutton 1955, p. 101.

به خدمات پزشکی و بهداشتی نیاز داشتند. در این نوشتار، من در مورد توسعه زیربنای خدمات پزشکی در منطقه‌ای صحبت می‌کنم که شرکت نفت ایران - انگلیس، مشغول به کار در آن بوده است.

شرایط موجود پیش از شرکت نفت ایران - انگلیس

از نقطه نظر سلامت عمومی، ایران در اولین نیمه قرن بیستم، همانند بیشتر کشورها، کابوسی برای پزشکی بود. این موضوع به ویژه در خوزستان، بیشتر خودنمایی می‌کرد چرا که امراض مسری بومی فراوان و مرگ و میر نیز بسیار بالا بود. مردم از بیماری‌هایی هم چون تراخم، مالاریا، امراض روده‌ای، سل و مواردی از این دست به ستوه آمده بودند. این اوضاع و احوال به واسطه سوءتغذیه، بدتر می‌گردید. افزون بر این، مانند سایر نقاط ایران، خوزستان نیز به طور دائم دچار همه‌گیری می‌شد. همانند وبا (در سال‌های ۱۹۱۱، ۱۹۰۴، ۱۹۰۳، ۱۸۹۳ و ۹۰-۱۸۸۹)، آبله (در سال‌های ۱۹۰۴، ۱۹۰۱، ۱۸۹۳)، طاعون و آنفلوآنزا. در نتیجه این امراض، تعداد زیادی از مردم تلف شدند و بهبودی آن‌هایی که جان سالم به در می‌بردند ولی به بیماری مبتلا بودند، مدتی به طول می‌انجامید و در اثر آن داد و ستد و کاسبی به حالت تعطیل در می‌آمد. به دلیل نبود آمارهای قابل اعتماد، مشخص نیست که این گونه امراض تا چه اندازه بر رشد جمعیت اثر منفی به بار می‌آورده است. در هر صورت، از دست رفتن جمعیت به دلیل مرگ و میر حاصل از این همه‌گیری‌ها، همواره از طریق مردمی که از نواحی اطراف به منظور یافتن کار مهاجرت می‌کردند، جبران می‌شد^{۵۷۸}.

^{۵۷۸} جهت بحث پیرامون موقعیت دموگرافیک خوزستان، بنگرید. Shahnava 2005, pp. 118-23. با وجود رشد جمعیت خوزستان، شرکت نفت ایران و انگلیس اقدام به گرفتن کارگر از نقاط دیگر ایران نیز می‌کرد. برای مثال، در سال ۱۹۳۸، کنسول بریتانیا در بندرعباس گزارش کرد تعداد "۵۶۰ کارگر در اینجا برای آبادان و حوزه‌های نفتی استخدام شده‌اند. عده‌ای زیادی زمانی که از پرداخت آن‌ها به مسئولین نیروی دریایی ایران به جای شرکت، شکایت کردند، پس فرستاده شدند." Administration Report 1938, p. 23.

وضعیت سلامت عمومی با توجه به این واقعیت که زیرساخت پزشکی ایران چه از نظر کمی و چه کیفی، کاملاً ناکافی بود و موضوع بهداشت فردی و عمومی و بهسازی در شرایط فاجعه آمیزی قرار داشت، وخیم تر می شد. بیمارستان ها کمبود پزشک، تجهیزات و وسایل داشتند و وسایل موجود نیز توسط سازمان های خارجی و عمدتاً از جانب میسیونرها و مبلغین مذهبی، تهیه و مدیریت می شدند^{۵۷۹}.

قبل از برپایی شرکت نفت ایران - انگلیس در استان خوزستان، در این استان به طور کلی، بیمارستان و پزشکان آموزش دیده ایرانی به شیوه مدرن که بتوان روی آن ها حساب باز کرد، وجود نداشت. نزدیک ترین مکانی که دواخانه در آن پیدا می شد، اصفهان بود و برای درمان بیماری های شدید، مردم مجبور می شدند به بصره بروند. البته هر دو شهر اصفهان و بصره تنها مجهز به تأسیسات پزشکی بریتانیایی بودند. به وجود آوردن زیرساخت پزشکی در خوزستان کاملاً یک چالش بود. به غیر از ماهیت توسعه نیافته استان و فقدان امنیت، جمعیت خوزستان روستانشین بودند که تعداد زیادی از آن ها، ایلیاتی های مهاجر به حساب می آمدند. گذشته از چند مکان مسکونی شهری مثل دزفول و شوشتر که در شمال استان قرار داشتند، اکثر نقاط جمعیتی روستاهای بزرگ بودند. در سال ۱۹۱۵، در خوزستان جنوبی، بزرگترین مناطق شهری، خرمشهر ۱۰۰۰۰ نفر و اهواز ۳۰۰۰ نفر جمعیت داشتند و در بقیه مناطق خوزستان، شهرها کوچک تر بودند^{۵۸۰}.

جمعیت اهواز، یا دقیق تر، زیستگاه متصل به بندر ناصریه، از زمان ساخت جاده لینچ در سال ۱۹۰۰، دو برابر شد. در سال ۱۹۰۷، ناصریه مجموعه ای از خانه های ساخته شده از خشت و گل با گذرگاه ها و خیابان های گشاد و مستقیم و متقاطع بود و این گونه متبادر

^{۵۷۹} برای اطلاع از کلیت اوضاع پزشکی ایران در آن زمان، بنگرید. Floor 2003.

برای وضعیت بیمارستان به ویژه بنگرید. Ibid. 2012.

⁵⁸⁰ Shahnavaaz 2005, p. 122.

می شد که بر پایه یک طرح روشمند بنیان گذاشته شده است. در واقع، طراحی شهر تجربه‌ای بود از شهرسازی اولیه که به وسیله حاکم قبلی آن، پدر شیخ وقت خرمشهر، انجام شده بود. ساختمان‌های مهم و اصلی شهر توسط افراد ویژه‌ای چون نایب کنسول بریتانیا و نمایندگان برادران لینچ (پیمانکاران اصلی حمل و نقل ایران و بین‌النهرین)، مقامات رسمی گمرک و چندین بازرگان برجسته و موفق، اشغال شده بودند.

بازار شهر که نزدیک به محوطه بارانداز قرار داشت پر بود از دکه‌های سرپوشیده که در کنار آن پیاده رویی مملو از آشغال قرار داشت. خیابان‌های ناجوری در نزدیکی بازار قرار داشتند که در اثر تردد مداوم، رنگ و رو رفته بودند و بر طبق فصول، به شکل متناوب، به بستری از خاک و گل یا لای تبدیل می‌شدند و در وسط آن‌ها همواره، بچه سقاها و الاغ هایشان، به سختی تا رودخانه در رفت و آمد بودند^{۵۸۱}. همانند بقیه نقاط جهان، مردم اینجا نیز هیچ‌گونه توجه‌ای به رعایت موارد بهداشتی نداشتند. این موضوع برای مثال در اهواز نیز صادق بود که شبیه شهری زلزله زده به نظر می‌آمد، خانه‌های آن در هم و برهم و نامرتب بودند؛ شاید این ظاهر نامرتب به سیل سال گذشته باز می‌گشت.

در اهواز، همانند شهر بغداد، هیچ سیستم جمع آوری فاضلاب وجود نداشت. پسماند آب از طریق چاله‌های وسط خیابان‌ها ناپدید می‌گردید؛ در حالی که سگ‌ها، گربه‌ها، سوسک‌ها و افراد ستم دیده جامعه، عوامل حذف مابقی بودند^{۵۸۲}.

⁵⁸¹ Williamson 1932 a, p. 8.

برای اطلاع از توصیف اوضاع بندر ناصری در سال ۱۹۰۵ بنگرید

Adamec 1989, vol. 3, p. 104. According to Scott 1931, p. 7,

”ناصری یک شهر تازه تأسیس شده از ساختمان‌های محکم چهارگوش بود که دو تا سه مایلی جنوب شهر باستانی و مهم اهواز قرار داشت. از خرابه‌های آن شهر قدیمی که منطقه‌ای عظیم را پوشش می‌داد، مواد ساختمانی لازم به ناصری آورده می‌شد.“

⁵⁸² Clifton 1925, p. 8; see also Scott 1931, p. 7

(مناطق اطراف شهر ”توسط شن خفه شده بودند و زمین نیز تا زمانی که شرکت بریتانیایی و پایتخت یک شروع تازه را به ناصری داد، متروک ماند.“ در سال ۱۹۲۰، اهواز بلدیه داشت که پس از این که بازار با آتش سوخت، دستور ایجاد آتش نشانی را داد.)

Administration Report 1920, p. 41.

خدمات اولیه پزشکی شرکت نفت ایران - انگلیس

به دلیل وصول سود مالی، شرکت نفت ایران - انگلیس برای تضمین کارایی کارکنان و کارگران خود، چه ایرانی و چه خارجی، سعی در حفظ و نگهداری سلامت آن‌ها می‌کرد. به همین جهت، از همان ابتدا، به گسترش وضعیت سلامت منطقه‌ای که در آن عملیات اکتشاف نفت انجام می‌داد، علاقه نشان داد و خدمات سلامت را برای کارکنان خود در ایران فراهم نمود^{۵۸۳}. این گونه خدمات جزء فعالیت‌های دائمی داریسی (d'. Arcy) که از سال ۱۹۰۳ عملیات حفاری خود را در چاه سرخ، نزدیک خرمشهر، شروع کرد، محسوب می‌شد.

در آن سال، مدیر عملیات حفاری، روسن پلاننور (C. B. Rosen plaentor) گزارش کرد که در چاه سرخ، "ارائه تحسین آمیز خدمات پزشکی برای کارکنان و مردمان بومی به شکل یکسان، فراهم گردیده است"^{۵۸۴}. این خدمات به وسیله پزشکی به نام درسایی (Dr. Dorsai) که از پارسیان هند بود انجام می‌شد. در سال ۱۹۰۷ که تصمیم گرفته شد عملیات حفاری نفت در رامهرمز نیز شروع شود، کارکنان با تجهیزات و همچنین پزشک، به این شهرانتقال یافتند^{۵۸۵}.

در سال ۱۹۰۷، شرکت نفت ایران - انگلیس، عملیات تولید نفت را در مسجد سلیمان شروع کرد. در آن زمان، مسجد سلیمان تنها در فصل زمستان جمعیت ساکن داشت، آن‌ها هم ایلات و عشایر لُری بودند که در مهاجرت‌های خود در زمستان‌ها به آنجا می‌آمدند و به طور موقت ساکن می‌شدند. از طرف دیگر، آبادان که بعدها جایگاه بزرگترین پالایشگاه نفت دنیا شد، جلگه گلی، هموار و آب‌رفتی بود که هیچ کس در آن زندگی نمی‌کرد^{۵۸۶}. معنای این موضوع آن بود که در آبادان هیچ خانه‌ای برای سکونت

⁵⁸³ Shahni 1374, p. 320.

⁵⁸⁴ Ferrier 1982, p. 65.

⁵⁸⁵ Williamson 1932 a, p. 6.

⁵⁸⁶ برای دیدن تصویری از فلات‌های گل‌آلود آبادان در سال ۱۹۰۹ میلادی، بنگرید Ferrier 1982, p. 122.



تصویر ۵ - نخستین دکل نفت مسجد سلیمان

کارگران، آب مناسب جهت شرب و هیچ کشت محصولات غذایی وجود نداشت و به طور کلی چیزی که موجب رشد صنعت شود دیده نمی‌شد.

”مشکل به دست آوردن میوه و سبزیجات تازه، گوشت و پنیر و مواد غذایی دیگر، قابل توجه بود. نزدیک‌ترین مکانی که بتوان این‌گونه مواد را از آنجا به دست آورد شوشتر بود که آن هم چهل مایل فاصله داشت“^{۵۸۷}. گهگاه رویدادهایی همچون بدی و کمبود برداشت محصولات کشاورزی (از جمله سال ۱۹۲۰، در اهواز)، اوضاع را وخیم‌تر

می‌کرد. ”در آن سال، به خاطر این که دولت صدور گندم را از دزفول و شوشتر ممنوع کرده بود، شرکت نفت برای تهیه و تدارک مواد غذایی برای کارگرانش مجبور به انتخاب راه‌های دیگری شد^{۵۸۸}. فقدان ملزومات پایه با گرمای ناحیه تشدید می‌شد و در نتیجه کار را با چالش افزون‌تری رو به رو می‌کرد. با تکمیل طرح آب گدار - گندار (Gudar-i-Landar)، در سال ۱۹۲۶، مقدار معینی آب برای کشت محصولات کشاورزی در دسترس قرار گرفت و موجب شد که کارگران سبزیجات مورد نیاز خود را به عمل آورند.

⁵⁸⁷ Williamson 1932 a, p. 11;

نیز بنگرید Anonymous 1929, p. 17 and Wilson 1941, p. 38 (آوردن سبزیجات تازه مشکل بود و میوه‌جات تازه نیز گاهگاهی به وسیله قاطر از شوشتر آورده می‌شد ولی تأمین آن نامرتب بود).

⁵⁸⁸ Administration Report 1920, p. 41.

بدین سان، در میدان‌های (نفتی) اصلی و مهم، می‌شد آب را که فقط در بخشی از سال آن را با پیت و منبع‌های حلبی پخش می‌کردند، به هر میزان توزیع کرد^{۵۸۹}. با این شرایط، شرکت نفت ایران - انگلیس نقش دولت را در توسعه زیرساخت استان دست گرفت تا امکان انجام و ادامه عملیات حفاری با تضمین رفاه کارگران فراهم آید. تهیه آب برای مصارف انسانی و صنعتی (دیگ‌های بخار، تجهیزات حفاری، خنک کردن موتورها)، کار چندان آسانی نبود.

آبادان و اهواز هر دو در کنار رودخانه کارون بودند، ولی مسجد سلیمان حدود ۵۷ کیلومتر از کارون فاصله داشت و منطقه‌ای غیرمسکونی بود. در ابتدا آب به وسیله مشک با قاطر یا الاغ از چشمه علی، در فاصله ده کیلومتری، آورده می‌شد. زمانی که آزمایش کشف نفت در آغاچاری و پازنان (Pazanan) انجام شد، "آب آشامیدنی به ترتیب از فاصله‌های بیست و دوازده مایلی به وسیله تانکر آورده می‌شد و در هر دو مورد آب بی‌کیفیتی برای مصارف عمومی از چشمه‌های مجاور پمپاژ می‌گردید." در سال ۱۹۱۳، جهت تأمین آب مسجد سلیمان، در ناحیه زولیاک (Zulliak)، چاهایی بی‌نتیجه حفاری شدند اما بعداً این کار در منطقه نفتک (Naftak)، انجام گرفت که در پی آن در آوریل ۱۹۱۳، آب به دست آمد.

به دلیل وجود نمک اپسوم (Epsom) در آبی که از نفتک و چشمه علی می‌آمد، ناراحتی‌های روده‌ای شایع شد. کاپیتو (Capito)، معاون مدیر میدان نفتی مسجد سلیمان، چنین نوشت "هر هفته بدن ما مجبور بود دو اونس نمک اپسوم موجود در آب آشامیدنی را جذب کند." زمانی که منابع آب موجود کفاف مصرف همه را نمی‌داد و تقاضا برای آب بالا گرفت، در سال ۱۹۲۲ خط لوله‌ای از دار خزینه (Dar e khazineh)

⁵⁸⁹ Anonymous 1929, p. 17.

گزارش بیان نمی‌دارد که آیا آن کارگرانی که سبزیجات مصرفی خودشان را می‌کاشتند شامل ایرانی‌ها نیز بودند یا نه؟

تا مسجد سلیمان، کار گذاشته شد. این لوله‌ها از لوله‌هایی که برای انتقال نفت استفاده می‌شدند تامین گردید. تا سال ۱۹۲۶، همه آب مسجد سلیمان با تلمبه از رودخانه به یک مخزن ریخته و ذخیره می‌گردید.

تلمبه خانه در محلی به نام تمبی (Tomabi)، در کنار رودخانه شورمرزه تمبی قرار داشت و در کنار آن دستگاه آب شیرین کنی که ساعتی ۱۵۰۰ گالن آب شیرین می‌کرد وجود داشت. به دلیل نیاز به مقدار زیادی آب، تصمیم گرفته شد که مستقیماً از رودخانه کارون آب منتقل شود، یعنی جایی که در سال ۱۹۲۶، در گذار لندر تلمبه خانه‌ای کارآمد و مهم ساخته شده بود. این اقدام، مشکل کمبود آب را حل کرد ولی راه حل مناسبی برای بالا بردن کیفیت آن نبود. برای حل مشکل کیفیت آب، در سال ۱۹۲۰ و یا در همان حدود، گلر به آب آشامیدنی اضافه شد. گلرزی آب، ابتدا در آبادان که آبی ناپاک تر داشت و سپس در میدان‌های نفتی مسجد سلیمان و مکان‌های دیگر انجام شد.^{۵۹۰}

با در نظر گرفتن اوضاع ناسالم غالب در خوزستان جنوبی، شرکت نفت ایران - انگلیس جهت سالم نگهداشتن کارکنان و کارگران خود نیاز به فراهم کردن مراقبت‌های پزشکی داشت. زمانی که درسایب تصمیم گرفت به هند برگردد، شرکت موریس وای یانگ (Dr. Moris Y. Young) را در آوریل ۱۹۰۷، استخدام نمود. پس از ورود یانگ به ایران در ۱۹۰۷، تصمیم بر آن شد که او در ماماتین (Mahmatayn)، نزدیک رامهرمز که مقر دفتر مرکزی میدان‌های نفتی شرکت بود، مستقر شود. از آنجا، به طور مرتب، به مسجد سلیمان که دو روز و نیم، از راه مهسنبللی (Masambuli) و جارو (Jarū) فاصله بود، سر می‌زد. او

⁵⁹⁰ McIntyre 1926, p. 9; Anonymous 1928, pp. 15, 17; Capito 1940, p. 8

(“آب آشامیدنی ما توسط ظروف سفالی به نام کوزه خنک می‌شد، شیشه‌های سودا و آبجو با قرار دادن در ظروفی به نام حُب خنک می‌کردیم. ما برای سال‌ها یخ به دست نیاوردیم.”)

Williamson 1932 a, p. 11; Ibid., 1932 b, p. 11; Ibid., 1933, p. 12

(همراه با تصویری از کارخانه تصفیه آب در آبادان در ص ۱۱)؛

Wilson 1941, p. 36.



تصویر ۶- دکتر یانگ در سال‌های حضور در ایران

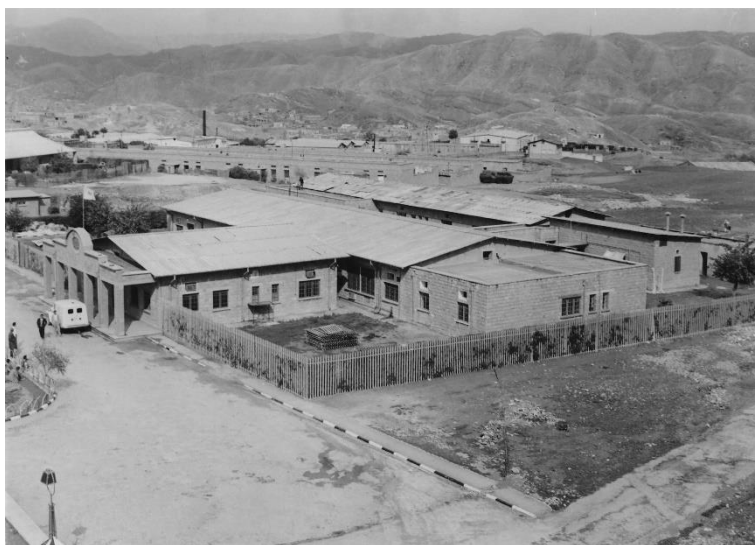
همچنین می‌بایست از کمپ‌های مختلف کارگری شرکت نفت تا دارخوین که سفری دراز و صعب‌العبور را می‌طلبید، بازدید کند.

وسایل و تجهیزات پزشکی در سبدهایی که به وسیله قاطر حمل می‌شد، انتقال می‌یافتند. با ورود یانگ به ماماتین، درسای مسئولیت‌های پزشکی خود را به او واگذار کرد و به اصفهان نقل مکان کرد. در آن زمان سایر کارکنان پزشکی عبارت بودند از یک زیر دست جراح هندی که فارسی را به خوبی تکلم می‌کرد؛ دیگر، پسر

بچه‌ای عرب که به عنوان کمک جراح (= زیردست جراح) خدمت می‌کرد. زیردست جراح، در مستعمره‌های گرمسیر بریتانیا چهره‌ای آشنا است. این نام‌گذاری ویژه از یک سیستم درجه بندی استخراج گردیده که به دوران فعالیت شرکت هند شرقی برمی‌گشت. در آن زمان به مأموران طبی اروپایی «جراح» اطلاق می‌شد. با گذشت زمان که سنگ بنای مدارس آموزش پزشکی در هند گذاشته شد، بسیاری از انگلیسی - هندی‌هایی که آموزش پزشکی دیده و مدرک گرفته بودند، استخدام و به عنوان دستیار در بیمارستان‌های بزرگ‌تر و مؤسسات نظامی مشغول به کار شدند و به صورت رسمی به آن‌ها، دستیار جراح، گفته می‌شد.

گسترش تسهیلات برای آموزش پزشکی در بیمارستان‌هایی که عمدتاً توسط کارکنان و پزشکان هندی اداره می‌شدند و در آن‌ها آموزش به صورت بومی ارائه می‌گردید و فقط

دانشجویان هندی در آن‌ها پذیرش می‌شدند، بسیار معمول شد و با موفقیت اجرا گردید. بدین سان، سطح خدمت پزشکی-بهداشتی سومی که هدف آن تأمین کادر بیمارستان‌ها و دواخانه‌های روستایی بود، تعریف گردید. این افراد به ناچار می‌بایست از دو سطح دیگر متمایز می‌شدند و بنابراین به آن‌ها مقام «زیر دست جراح» توسط متولیان واقعی که هویت آنان هم اکنون نیز در هاله‌ای از ابهام است، تفویض شد^{۵۹۱}.



تصویر ۷- یکی از درمانگاه‌های مناطق نفتی شرکت نفت

در سال ۱۹۱۱، به دو دستیار پزشکی یانگ دو گماشته محلی و دو پرستار مرد، افزوده شد. درمانگاه ماماتین یک کلبه گلی بود؛ هر چند که بیشتر کارهای پزشکی در یک چادر که در نزدیک این کلبه بود، انجام می‌شدند. در همان حال، در منطقه‌ای که از مدت‌ها به میدان‌ها معروف شده بود (نزدیک میدان نفتون)، درمانگاه در یک چادر

⁵⁹¹ Williamson 1932 b, p. 8. n. 1.

قرار داشت. این مکان، بعدها تبدیل به شهر مسجد سلیمان شد. در پایان سال ۱۹۰۷، شرکت نفت ایران - انگلیس تصمیم گرفت کلیه تجهیزات و کارکنان پزشکی خود را به مسجد سلیمان انتقال دهد. این جابجایی سه ماه طول کشید. نخست امور پزشکی و بهداشتی در چادرها انجام می گرفت ولی به زودی ساختمان دواخانه ساخته شد؛ و کار پزشکی در همان چادر ادامه یافت^{۵۹۲}. در مسجد سلیمان نه تنها شرایط زندگی بلکه شرایط کاری برای پزشکی نیز بسیار ابتدایی بودند. ابزارها و تجهیزات پزشکی و درمانی کم و به طور کلی در حد وسایل ابتدایی و ضروری بود. در پانزدهم اکتبر ۱۹۱۴، مویر (Dr. Moir) گزارش کرد که «وسیله‌ای بهتر از اره و مته نجاری نداشتیم ولی شکر خدا می‌کنم که تا کنون هیچ‌گونه موردی از معاینات پزشکی پس از مرگ نیاز نبوده است و اطمینان دارم که پیش نیز نخواهد آمد»^{۵۹۳}. یک روزنامه‌نگار امریکایی که در سال ۱۹۰۹ از میدان عملیاتی نفتون دیدن کرده بود گزارش نمود که در این میدان فقط یک کلبه وجود داشت و در فاصله یک چهارم مایلی آن دواخانه‌ای مستقر بود. هیچ کس، حتی آن‌هایی که شناختشان به شرکت اندک است تعجب نخواهند کرد که من بیان نمایم عمدتاً به خاطر همین دواخانه بود که شرکت محبوبیتی مردمی تا یک صد مایلی حوزه کاری خود به دست آورد. ممکن است حتی مدارای آشکار مردم با شرکت در آن روزها، برگرفته از همین «حکیم سفید» آن بوده است.

توصیه‌های پزشکی و بهداشتی، داروهای مجانی، و در هر جا که امکان پذیر بود، اعمال جراحی رایگان برای همه افرادی که دریافت این لطف مناسب عظیم را مغتنم

⁵⁹² Williamson 1932 a, pp. 9-10, 12

(«همراه با تصویری از ماماتین، چادر دواخانه، کلبه‌های گلی در مسجد سلیمان و کارکنان پزشکی در سال ۱۹۱۱»؛

Shahni 1374, p. 321.

«تنها ساکنین ماماتین، بهمئی کهگیلویه‌ای بودند»

Adamec 1989, vol. 3, p. 533. جهت توصیفی کوتاه از جارو بنگرید.

⁵⁹³ Ferrier 1982, p. 268.

می شمردند، انجام می شد (نوع پاسخ بیماران در قبال این رفتار به گونه‌ای بود که می توانست موجب شرمساری شود)؛ مانند زمانی که بیماری را از یک مرض سخت نجات داده بودند، برای تشکر و هدیه سپاسگزاری، او یکی از دخترانش را پیشکش کرد^{۵۹۴}. با در نظر گرفتن نیاز به کارگر، پس از فوران نفت در سال ۱۲۸۳ شمسی برابر با ۲۸ ماه مه ۱۹۰۸، برای جلب کارگران مهاجر و ایجاد ماندگاری کارگران در شرکت بجای آن که آن‌ها در پس گله‌های خود روان شوند، ارائه مراقبت‌های پزشکی رایگان یکی از دستاوردهای اصلی محسوب می شد. این نوع خدمات پزشکی و بهداشتی موجب ایجاد اثر مثبت ارتباطات بین شرکت نفت ایران - انگلیس با رؤسای قبایل و عشایر و حکومت‌های محلی و به همین ترتیب عامه مردم در منطقه شد.

به همین جهت، همه عشایر و قبایل در هنگام قشلاق و ییلاق، برای دریافت خدمات بهداشتی و پزشکی به دواخانه و پس از آن به بیمارستانی که حدود ۸۰ کیلومتر دورتر از کمپ‌ها بود، مراجعه می کردند^{۵۹۵}. شرکت نفت ایران - انگلیس همانند دولت بریتانیا به واقعیت اثر وابستگی مردمی به برنامه پزشکی آگاه بود و بنابراین از این موقعیت و کادر پزشکی جهت ایجاد و ابقاء تصویری مثبت از فعالیت‌های شرکت نزد مردم، استفاده می کرد. به ویژه، شرکت به نقش یانگ در به وجود آوردن ارتباطات خوب با جمعیت محلی و رهبرانشان کاملاً واقف بود و به همین دلیل او را به سمت امور پزشکی و همچنین امور سیاسی منطقه، گماشت^{۵۹۶}.

بنا به عقیده ویلسون، نماینده سیاسی منطقه در آن زمان: "او (یانگ) طی چند سال به مطمئن‌ترین مشاور پزشکی برای رؤسای مهم قبایل و افراد برجسته و اشراف

⁵⁹⁴ Landon 1909, p. 12054.

⁵⁹⁵ Williamson 1932 a, p. 12; Clifton 1925, p. 8; Anonymous 1929, p. 18

(در صفحه ۱۷ عکسی از اجتماع صبحگاهی بیماران در بیمارستان میدان های نفتی وجود دارد)

⁵⁹⁶ Ferrier 1982, pp. 116, 119, 264; see also Shahni 1374, pp. 125-27

درباره نفوذ عظیمی که دکتر یانگ در منطقه داشت به گونه‌ای که حتی راهزنان نیز به او احترام می گذاشتند.

ایرانی تبدیل شده بود. او بی‌اعتمادی میان مردان و زنان قبایل و ترس و دلهره از اعمال جراحی به وسیلهٔ پزشکان غیراروپایی که تجربهٔ اندک و یا هیچ داشتند را نیز از بین برد. در تکلم به زبان فارسی تسلط کامل داشت و به گویش‌ها و لهجه‌های بسیاری از قبایل و عشایر محلی، آشنایی پیدا کرده بود. اطمینان و اعتماد کارکنان و کارمندان بریتانیایی به او کمتر از ایرانی‌ها نبود. حضور او عظیم‌ترین خدمت به کنسولگری و شرکت نفت ایران - انگلیس بود؛ بیمارستان‌ها و خدمات پزشکی آن‌ها، چه از نظر پیشگیری از بیماری‌ها و چه از نظر درمان، استاندارد بالاتری از آن چه که در آن زمان در هر جای دیگری در شرق کانال سوئز قرار داشت ارائه می‌دادند.

از طرف دیگر، دولت‌های ایران و انگلیس و شرکت نفت ایران - انگلیس، بیش از هر فرد دیگری، مدیون یانگ بودند زیرا در پاییز سال ۱۹۱۴ که ارتباط با سواحل توسط گروه‌های شورشی اعراب به طور کامل قطع شده بود، این وجود یانگ بود که در دور نگهداشتن کامل مزاحمت از میدان‌های نفتی، بسیار مؤثر واقع شد^{۵۹۷}.

توسعهٔ خدمات پزشکی شفا دهندهٔ شرکت نفت ایران - انگلیس

گرچه شرکت نفت ایران - انگلیس بزرگترین و بیشترین اثر مثبت را بر اوضاع سلامت همگانی در جنوب خوزستان داشت ولی این دولت بریتانیا بود که اولین سرمایه‌گذاری برای ایجاد زیرساخت پزشکی مدرن را در آن منطقه انجام داد. بر اساس سیاست ارتباطات عمومی آن (که مهیا کردن مراقبت‌های پزشکی مجانی برای جمعیت بنادر ایرانی در خلیج فارس، بندرعباس، لنگه و بوشهر) بود^{۵۹۸}، دولت بریتانیا دواخانهٔ خیریه‌ای در حدود سال

⁵⁹⁷ Wilson 1941, p. 28,

نیز بنگرید pp. 79, 84, 205

(”مهارت‌های پزشکی دکتر یانگ در تطبیق مردم محلی نسبت به افزایش قیمت‌ها و دستمزدها و دیگر تغییراتی که همیشه با قطار چنین توسعه‌های ناگهانی می‌آیند، به خوبی عمل می‌کرد.“)

⁵⁹⁸ Floor 2012.

۱۹۰۸، یا احتمالاً چندی زودتر از آن، در خرمشهر ایجاد کرد. هدف از تأسیس چنین دواخانه‌ای، نشان دادن حسن نیت سیاسی دولت بریتانیا، نسبت به شیخ خزعل به خاطر نظر مثبت خزعل در قبال به وجود آمدن شرکت نفت ایران - انگلیس در منطقه تحت کنترل وی بوده است. دواخانه به طور آشکار و ملموس این موضوع را برآورد کرد. تعداد رو به رشد مراجعه کنندگان به دواخانه نشانگر این موضوع است (جدول ۵-۱).

جدول ۵-۱: شمار بیماران سرپایی که در دواخانه خرمشهر درمان شده بودند (۱۹۱۱-۱۹۲۲)

سال	شمار بیماران سرپایی
۱۹۱۱	۲۲۰۹
۱۹۱۲	۳۳۹۵
۱۹۱۳	۴۲۷۵
۱۹۲۱	بالاتر از ۵۵۰۰
۱۹۲۴	بالاتر از ۴۰۰۰
۱۹۲۵	۳۸۰۰

Administration Report 1913, p. 86; Ibid., 1921, p. 38; Ibid., 1924, p. 49; Ibid., 1925, p. 60. For the years between 1913 and 1924 the British reports only mention that the dispensary was "well attended." Ibid., 1914, p. 36; Ibid., 1916, p. 53; Ibid., 1918, p. 42; Ibid., 1919, p. 43; Ibid., 1920, p. 40; Ibid., 1923, p. 62.

شرکت نفت ایران - انگلیس، به دلیل رشد جمعیت کارگزارانش در مسجد سلیمان (که مهمترین مکان تولید نفت بود) از سیاست ادامه دادن ارائه خدمات مراقبت‌های پزشکی پیروی کرد و به همین جهت در سال ۱۹۰۹، اتاق‌های بیشتری به دواخانه منطقه، که کلبه‌ای ساخته شده از سنگ بود، اضافه کرد. این افزایش فضا، به کارکنان پزشکی این اجازه را داد تا خدمات بیشتری به افرادی که بیماری جدی داشته‌اند و بیمارانی که نیازمند به مراقبت داشتند، ارائه دهند.

گرچه شرکت ویر (Weir) و شرکاء که پیمانکار لوله‌گذاری از مسجد سلیمان تا آبادان

بود، جهت مراقبت و ارائه خدمات بهداشتی و پزشکی به کارگران عملیاتی خود، یک مأمور طبی (پزشک) را استخدام کرد ولی این اقدام چندان مؤثر نبود زیرا این پزشک به زودی در اثر ابتلا به وبا فوت کرد. با در نظر گرفتن نیاز به فضای بیمارستانی، در سال ۱۹۱۴، یانگ پیشنهاد ساخت بیمارستان میدان را در مسجد سلیمان داد. این بیمارستان در سال ۱۹۱۸، گشایش یافت. این بیمارستان، در آن زمان، مدرن ترین بیمارستان در خاورمیانه محسوب می شد^{۵۹۹}. دارای ساختمانی به گنجایش ۲۴ تخت همراه با تهویه هوا.



تصویر ۸- دورنمای بیمارستان مسجد سلیمان

این بیمارستان به شکلی طراحی شده بود که در صورت نیاز، امکان توسعه نیز داشته باشد. گذشته از ساخت و گسترش بیمارستان، به دلیل تقاضای فزاینده درمان آسیب های جزئی، تصمیم بر آن شد که دواخانه های کوچک در نقاط مختلف میدان های نفتی تأسیس شود، بجای آنکه بیمارستان موجود را گسترش دهند؛ هر چند که این

^{۵۹۹} بر طبق گزارش Shahni 1374, p. 321 بیمارستان در سال ۱۹۱۴ ساخته شد.

موضوع در زمانی نه چندان دور از هنگام تاسیس بیمارستان گرفته شد. تسهیلات پزشکی بیشتر به دلیل تقاضای بیشتر، نیاز به وجود کارکنان پزشکی تربیت شده بیشتری را معنا می‌داد. به همین جهت، شرکت، رنتون (Mrs. Renton) را به عنوان سرپرستار ارشد به کار گرفت، او در سال ۱۹۳۱ بازنشسته شد.^{۶۰۰}

برپایی بیمارستان در میدان‌های نفتی، بخشی از ساخت بیمارستان جامع و برنامه توسعه سلامت برای مناطق شرکت نفت ایران - انگلیس بود که توسط یانگ پیشنهاد شد و توسط او اداره نیز گردید. در سال ۱۹۲۷، بیمارستان میدان‌های نفتی، ظرفیت ۸۸ تخت (۲۷ تخت برای کارکنان اجرایی، ۵۷ تخت برای کارگران مرد، دو تخت برای خانم‌های اروپایی و بخشی دیگر با دو تخت برای زنان کارمند) داشت، یک دواخانه، دو اتاق جراحی مجزا از هم (یکی برای امراض عفونی و دیگری برای موارد غیرعفونی)، یک آزمایشگاه و یک واحد رادیولوژی نیز وجود داشت. تعداد بیمارانی که در میدان‌های نفتی تحت درمان قرار گرفتند به بیش از ۱۲۸۰۰۰ تن در سال ۱۹۲۶ رسید (جدول ۵-۲). در میدان‌های نفتی، شرکت نفت ایران - انگلیس، یک مأمور ارشد پزشکی، دو مأمور پزشکی مقیم، یک مأمور پزشکی غیرمقیم، یک پزشک مشاور، یک آسیب شناس و یک چشم پزشک نیز استخدام کرد. همه این افراد توسط ۲۶ پرستار محلی و ۸ پرستار اروپایی با سرپرستی و زیر نظر یک سرپرستار اروپایی، یاری می‌شدند.^{۶۰۱}

⁶⁰⁰ Williamson 1932 a, p. 13; Ibid., 1932 b, p. 8.

⁶⁰¹ Williamson 1927, pp. 123-128; Ibid., 1932 b

(با عکس‌های بیمارستان میادین، بخش جراحی، اتاق عمل آن و کارکنان پزشکی. بیمارستان‌های ایزوله برای اهداف قرنطینه توسط APOC نیز برقرار گردید، بر طبق Clifton 1925, p. 8، بیمارستان سه پزشک و هفت پرستار زن داشت).



تصویر ۹- درون بخش ایرانی بیمارستان میدان های نفتی

جدول ۵-۲: تعداد بیماران درمان شده و فعالیت های انجام شده در بیمارستان صحرایی شرکت نفت ایران - انگلیس (APOC) (۱۹۲۶)

تعداد	فعالیت
۱۶۶۶	بیماران بستری
۳۸۲۷۰	الف: موارد جدید
۸۸۹۱۳	بیماران سرپایی ب: مراجعه کننده
۲۹۰	اعمال جراحی عمده
۱۳۷۸	اعمال جراحی جزئی
۶۰۳۹	آزمایشات آسیب شناسی
۶۰۷	موارد دندان پزشکی
۴۸۳	رادیولوژی

در آن زمان، بیمارستان زیر نظر براهام (Dr. Braham) اداره می‌شد. او تصمیم گرفت بخش خنک کننده‌ای با حرارت ۸۰ درجه فارنهایت (۲۶/۵ درجه سانتی‌گراد) برای درمان موارد گرم‌زدگی شدید به وجود آورد. همان گونه که در گزارش سال ۱۹۲۶ آمده، این مورد تحقق یافت^{۶۰۲}. آوازه و شهرت بیمارستان به اندازه‌ای بالا گرفت که در سال ۱۹۲۴، رضاخان، نخست وزیری که بعداً شاه ایران شد، برای درمان به این بیمارستان آمد و برای مدتی کوتاه در آنجا بستری شد^{۶۰۳}.

ساخت پالایشگاه آبادان که در انتهای خط لوله نفت قرار داشت، نیاز و خواست افزون تری را برای مراقبت‌های پزشکی به ارمغان آورد. به همین دلیل، شرکت پزشک دیگری جهت خدمت به کار گرفت. بیمارانی هم که بیماری سخت داشتند به بصره برده می‌شدند. در سال ۱۹۱۴، شرکت برای از میان برداشتن مشکل بستری اروپاییان و کارمندان اداری خود، اتاقی گالوانیزه با گنجایش ۱۶ تخت در آبادان دایر کرد. این اتاق به شکل پیش ساخته از بریتانیا وارد گردیده و کاملاً مجهز بود.

به دلیل افزایش کارگران و در نتیجه نیاز و تقاضای بالا برای مراقبت‌های پزشکی، در سال ۱۹۲۰، شرکت تصمیم گرفت تا بیمارستانی به ظرفیت ۹۰ تخت بنا کند^{۶۰۴}. این مکان، به یکی از مدرن‌ترین بیمارستان‌ها در خاورمیانه تبدیل شد. در سال ۱۹۲۶، بیمارستان آبادان گنجایش ۱۰۰ تخت بیمارستانی داشت (۳۶ تخت برای کارکنان اداری، ۶۰ تخت برای کارگران به اضافه بخش‌های خصوصی ویژه). بیمارستان همچنین یک بخش برای بیماران سرپایی، یک دواخانه، بخش جراحی دندان، یک اتاق جراحی، آزمایشگاه آسیب شناسی، یک ایستگاه ضد عفونی و وسایل و ابزار رادیولوژی داشت.

⁶⁰² Clifton 1925, p. 8; Anonymous 1929, p. 18.

در مورد لزوم سرمایه‌گذاری در آبادان و مسجد سلیمان، بنگرید برای مثال

[<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2069531/pdf/brmedj03502-0056a.pdf>]

⁶⁰³ Shahni 1374, p. 321.

⁶⁰⁴ Williamson 1932 a, p. 13; Ibid., 1932 b, p. 8.



تصویر ۱۰- تجمعی از کارکنان شرکت نفت و روستاییان بیمار در مقابل بیمارستان آبادان

در سال ۱۹۲۶، بیمارستان آبادان بیش از ۱۸۰۰۰۰ نفر بیمار را تحت درمان قرار داد. شرکت نفت در آبادان، به همان اندازه کارکنان پزشکی (از نظر تعداد و ترکیب) که در مسجد سلیمان داشت استخدام کرد. (جهت اطلاع از شمار بیماران مداوا شده در سال ۱۹۲۶ نک: جدول ۵-۳). شرکت همچنین خدمات پزشکی رایگان که شامل درمان‌های دندان‌پزشکی نیز می‌شد، برای مردمان بومی که هیچ‌گونه ارتباطی هم با شرکت نداشتند، ارائه و گسترش داد.^{۶۰۵}

⁶⁰⁵ Williamson 1927, pp. 128-132; Ibid., 1932 b

(با تصاویری از بیمارستان، بیمارستان ایزوله، دکتر مارچ در آزمایشگاه، دواخانه جدید و یکی از آمبولانس‌ها)

Gilmour 1924, p. 39.

جدول ۵-۳: شمار بیماران درمان شده و نوع درمان در بیمارستان APOC آبادان (۱۹۲۶)

تعداد	فعالیت
۲۲۲۸	بیماران بستری در بیمارستان
۴۰۱۲۹	الف: موارد جدید
۱۳۷۱۶۹	ب: مراجعه کنندگان
۲۱۴	اعمال جراحی عمده
۱۸۱۵	اعمال جراحی جزئی
۴۷۳۳	آزمایشات آسیب شناسی
۸۹۲	موارد دندان پزشکی
۹۹	رادیولوژی

Williamson 1927, p. 130.

در اهواز هیچ‌گونه مؤسسه مدرن پزشکی و مسلماً هیچ مکانی که می‌توانست خدمات پزشکی و درمانی رایگان، (به غیر از دواخانه خیریه‌ای که به وسیله دولت بریتانیا و شرکت نفت ایران-انگلیس از سال ۱۹۱۲ تأمین مالی گردید)، انجام دهد وجود نداشت. در سال ۱۹۱۶، مجموعاً ۵۶۲۷ بیمار درمان شدند و در همان زمان، ۱۷۱ عمل جراحی جزئی و یک عمل جراحی اصلی، انجام گرفت.^{۶۰۶}

از سال ۱۹۱۴، دولت بریتانیا، دواخانه اهواز را به یک بیمارستان غیرنظامی شهری همراه با ۳۰ تخت تبدیل کرد که توسط بیشاب (Dr. Bishop)، اداره می‌شد. از آنجایی که کارمندان و کارگران شرکت نفت از خدمات آن بیمارستان بهره مند می‌شدند، شرکت در ساخت و راه اندازی آن کوشید.^{۶۰۷} در سال ۱۹۱۹، وضعیت پزشکی به شرح زیر بود:

⁶⁰⁶ Administration Report 1916, p. 59. Administration Report 1919, p. 10.

اهواز هنوز یک دهکده کوچک در آن زمان بود و جمعیت آن ۸۰۰ نفر بود. برای توصیف بنگرید Adamec 1989, vol. 3, p. 24.

⁶⁰⁷ Williamson 1932 a, p. 13;

”عطا، زیر دستیار جراح، در سرتاسر سال به بیمارستان شهری اهواز وابسته بود.“
Administration Report 1918, p. 43.

”به غیر از پرداخت دستمزد به جراح غیرنظامی و یک زیردست جراح، بیمارستان در سایر موارد، خودکفا است. امید بر آن است که در آینده فعالیت‌های خود را به ترتیب در دزفول و شوشتر نیز گسترش دهد. ولی به هر حال، قیمت دارو یکی از اقلام بزرگ هزینه به حساب می‌آید که تا همین نزدیکی این هزینه از محل درآمدهای عراق تحمل می‌گردید. اما چنانچه کمک‌ها و پشتیبانی‌های محلی در پیش نباشد، بی‌شک این هزینه‌ها، مانع کار بیمارستان خواهد شد. بیماران از همه طبقات، از بختیاری، کهگیلویه و لرستان برای درمان به بیمارستان مراجعه می‌کنند که بدون تردید ارزش سیاسی آن را نمی‌توان کتمان کرد. جراح غیرنظامی بیمارستان همچنین مسئول سازماندهی شهرداری شهر نیز است و بدین سان می‌تواند بهسازی شهر را کنترل کند. تمیزی شهر به اندازه‌ای بود که بتوان آن را با سایر شهرهای خوب شرق مقایسه کرد.“^{۶۰۸}

بنا به گزارش، در سال ۱۹۲۱، ”بیمارستان شهری تعداد ۲۲۳۶ بیمار سرپایی و ۲۲۱ بیمار بستری را تحت درمان قرار داد. اضافه بر آن ۱۴ جراحی بزرگ و ۱۷ جراحی کوچک و جزئی انجام گرفت.“ در همان سال، جراح فوت کرد و هیچ جایگزینی برای او نیامد. به همین جهت کنسول پیشنهاد داد که بیمارستان تعطیل شود و به جای آن دواخانه خیریه احیاء گردد.^{۶۰۹} در نتیجه، بیمارستان شهری احتمالاً به دلیل فقدان بودجه در مارس ۱۹۲۲ بسته شد و دواخانه خیریه نیز در نوامبر ۱۹۲۲، بسته شد. در عین حال، کوشش به عمل آمد تا دواخانه‌ای در شهر با بودجه عمومی بازگشایی شود.^{۶۱۰} ولی به نظر نمی‌آید که این کوشش با موفقیت همراه بوده باشد، زیرا از آن پس چیزی درباره آن شنیده نشد. شاید این تلاش رها گردید، زیرا در سال ۱۹۲۱، خبری منتشر شد که بر اساس آن

⁶⁰⁸ Administration Report 1919, p. 44-45.

⁶⁰⁹ Administration Report 1921, pp. 39

(عطا، زیر دستیار جراح در ۱۶ نوامبر ۱۹۲۱ جای خود را به زیر دستیار جراح، مهدی حسن داد).

⁶¹⁰ Administration Report 1922, p. 43.

شرکت نفت ایران - انگلیس، بیمارستان جدیدی در اهواز با یک پزشک و دو پرستار تأسیس خواهد کرد. در واقع، بیمارستان در تاریخ ۱۹۲۲ شروع به کار کرد.^{۶۱۱} این بیمارستان از نظر تجهیزات، تعداد کارکنان و ظرفیت، همانند بیمارستان‌های شرکت نفت ایران - انگلیس در مسجد سلیمان و آبادان، ساخته شد.^{۶۱۲}

بیمارستان اهواز مراقبت‌های پزشکی و خدمات سلامت به کارکنان و کارگران استخدام شده در ایستگاه تلمبه خانه و خطوط لوله ارائه می‌داد و به دلیل این که درست بین آبادان و مسجد سلیمان قرار داشت، خلاء این گونه خدمات را در این مناطق پر کرد. بیمارستان با ۲۴ تخت، یک اتاق عمل، دواخانه و سایر تسهیلات شروع به کار کرد.^{۶۱۳} اما در طی زمان، اهمیت و کارایی آن کاهش یافت و بعدها وظایف آن توسط بیمارستان آبادان، به عهده گرفته شد، زیرا در سال ۱۹۴۰، گزارش شد که شرکت نفت ایران - انگلیس فقط دواخانه‌ای را در آن مکان به جای گذاشته است.^{۶۱۴}

جدول ۴-۵: تعداد بیماران مراجعه کننده و تعداد اعمال جراحی انجام شده در بیمارستان اهواز (۱۹۲۰-۱۹۱۸)

۱۹۲۰	۱۹۱۹	۱۹۱۸	۱۹۱۷	۱۹۱۶	-
۴۵۲	۶۷۰	۶۶۲	-	-	بیمار بستری
۳۲۳۵	۶۳۸۳	۵۱۰۴	۶۶۶۱	۵۶۲۷	بیمار سرپایی
۶۰	۵۵	۲۹	۸	۱	اعمال جراحی مهم
۴۲۰	۳۵۸	۱۸۹	۲۹۶	۱۷۱	اعمال جراحی کوچک و جزئی

Administration Report 1916, p. 59 (Ibid. p. 54, "Sub-Assistant Surgeon Atta Muhammad remained charge of the dispensary"); Administration Report 1917, p. 40; Administration Report 1918, pp. 45-46 (gives breakdown by male, female, child); Administration Report 1919, p. 48; Ibid., 1920, pp. 44-45.

⁶¹¹ Administration Report 1921, p. 43; Administration Report 1922, p. 43; Williamson 1927, p. 124.

⁶¹² Williamson 1927, p. 124.

⁶¹³ Williamson 1932 b, p. 8.

⁶¹⁴ Mahrad 1978, p. 135.

در خرمشهر به دلیل درخواست‌های چشمگیر برای خدمات پزشکی، تأسیس بیمارستان پیشنهاد شد ولی این پیشنهاد با رفتن مأمور پزشکی (پزشک) در سال ۱۹۱۳ به خطر افتاد. بنا به اظهارنظر کنسول بریتانیا، "این یک بد شانسی بود، زیرا برپایی بیمارستان حداقل چیزی است که بریتانیا می‌تواند جهت برتری و نفوذ خود به کار ببرد و این که حکومت سلطنتی نیز به این واقعیت آگاهی دارد یک نوع پشت گرمی محسوب می‌گردد". او بیشتر اظهار داشت با وجود این عقب نشینی، طرح و نقشه‌های بیمارستان ارسال شدند^{۶۱۵}.

ولی این شور و جوش جهت ساخت بیمارستان با شروع جنگ جهانی اول متوقف شد "در اثر آشفتگی وضعیت کشور هیچ‌گونه پیشرفتی در طرح ساخت بیمارستان روی نداد. دواخانه توسط حکومت پایدار ماند و کار خود را با مأمور طبی قرنطینه به خوبی ادامه داد"^{۶۱۶}. در سال ۱۹۱۶، گزارش شد که توجه به دواخانه خیریه شهر ادامه یافته و شاید هم پاره‌ای به دلیل رخداد وبا و طاعون در همان سال بوده است^{۶۱۷}. بانک شاهی ایران، ساختمان حسابداری خود را به عنوان مکان بیمارستان پیشنهاد نمود که این پیشنهاد توسط دست اندرکاران امور طبی بریتانیایی مورد پذیرش قرار گرفت. در نتیجه، در اول جولای ۱۹۱۷ این ساختمان به عنوان بیمارستان، مورد استفاده قرار گرفت^{۶۱۸}. با وجود بر این، توجه به دواخانه خیریه‌ای ادامه یافت.

⁶¹⁵ Administration Report 1913, p. 86.

⁶¹⁶ Administration Report 1914, p. 36.

⁶¹⁷ Administration Report 1916, p. 53 (دستیار جراح، سی. اچ. لینکلن، مأمور قرنطینه بود)

⁶¹⁸ Administration Report 1917, pp. 36, 37

(«عطا محمد به عنوان مسئول دواخانه خیریه تا ۳۰ ژوئن بر جای ماند.»)

Administration Report 1916, p. 52.

نقاهتگاه انگلیسی، در اول دسامبر ۱۹۱۸ بسته شد ولی فعالیت آن یکی که به هند تعلق داشت ادامه یافت.

Administration Report 1918, p. 41.

این نیز بسته شد و در آوریل ۱۹۱۹ به بصره انتقال داده شد.

Administration Report 1919, p. 43.

از آغاز اکتبر تا پایان نوامبر ۱۹۱۸، طاعون و آنفلوآنزای اسپانیایی رخ داد که در پی آن مرگ و میر مردم بالا رفت^{۶۱۹}. در آن زمان، خرمشهر، با جمعیت تخمینی ۲۵۰۰۰ نفر^{۶۲۰} بزرگ‌ترین شهر در خوزستان جنوبی بود که یک بیمارستان نیز داشت. برای رویارویی با این چالش پزشکی، این اقدام شرکت نفت ایران - انگلیس نبود بلکه این اقدام ویژه از سوی خود ایرانیان صورت گرفت که به سلامت عمومی پرداختند. در سال ۱۹۲۱، حاج رئیس‌التجار، یکی از بازرگانان برجسته خرمشهر و مشاور اصلی شیخ خزعل، حاکم بالفعل خوزستان جنوبی، ساخت بیمارستان ۲۰ تخته‌ایی را در خرمشهر جهت استفاده مردم بومی و در زمان اضطراری برای اروپاییان و کارکنان دفتری تجارخانه‌های محلی، با وسایل راحتی کافی، شروع کرد.

شیخ خزعل تصمیم گرفت تا موقوفه‌ای به «مقیاس کافی برای نیازهای آن»، تعیین نماید. بیمارستان به طور رسمی در هشتم ژانویه ۱۹۲۳، توسط سردار اقدس، (شیخ خزعل) گشایش یافت و به افتخار او نام بیمارستان «اقدسیه» به خود گرفت. در عین حال، شرکت نفت ایران - انگلیس در راه‌اندازی آن دخالت داشت زیرا همه ابزارها و وسایل بیمارستانی را به این شرکت اهدا کرد^{۶۲۱}. در سال ۱۹۲۴، دواخانه خیریه بریتانیایی بیش از ۴۰۰۰ بیمار سرپایی را تحت درمان قرار داده بود که در میان آن‌ها

⁶¹⁹ Administration Report 1918, p. 42.

سروان کرک از گروه پزشکی سلطنتی، سروان بیشاب از خدمات پزشکی هند که جراح شهری در خوزستان بود را مرخص کرد. در نوامبر ۱۹۱۸ که سرگرد نیپیر از خدمات پزشکی هند به این سمت برگزیده شد. هر دوی آن‌ها به عنوان معاونین سیاسی نیز فعالیت می‌کردند.

Ibid., p. 39.

دواخانه در سال ۱۹۱۹، فعالیت داشت و به خوبی مورد مراجعه قرار می‌گرفت؛ در ژوئن - آگوست بعضی از موارد طاعون رخ داد.

Administration Report 1919, p. 43.

مراجعه به آن در سال ۱۹۲۰ ادامه یافت.

Administration Report 1920, p. 40;

در سال ۱۹۲۲ تعداد مراجعه‌کنندگان بالا بود.

Administration Report 1922, p. 40.

⁶²⁰ Administration Report 1919, p. 10.

⁶²¹ Administration Report 1923, pp. 60-62. ("رخداد شدید وبا و طاعون وجود داشت") Gilmour 1924, p. 30.

۴۰ مورد طاعون و ۲۶ مورد وبا بود^{۶۲۲}. در سال ۱۹۲۵، درمانگاه ۳۸۰۰ بیمار سرپایی را درمان کرد^{۶۲۳}. از آن زمان به بعد، اطلاعات بیشتری درباره آن دواخانه موجود نیست، ولی به نظر می‌آید که خدمات درمانی آن به دواخانه‌ای که توسط شرکت نفت ایران - انگلیس در خرمشهر تأسیس شد، واگذار گردیده بود^{۶۲۴}.



تصویر ۱۱ - جراح ارشد و دستیاران در اتاق عمل بیمارستان میدان‌های نفتی

به دلیل مخالفت محلی با تأسیس پادشاهی پهلوی، در سال ۱۹۲۵، و به دلیل این که شیخ خزعل می‌خواست به حکومت شیخ نشینی خوزستان رسمیت بدهد، رضاشاه (۱۹۴۱-۱۹۲۵)، پادشاه جدید ایران، به استان خوزستان لشکر کشید و شیخ خزعل را در آوریل ۱۹۲۵، دستگیر و زندانی کرد. رضاشاه دوباره استان را به خوزستان نام‌گذاری کرد و آن را تحت نظر دولت مرکزی قرار داد. به عنوان نشانه‌ای از تغییر در شرایط سیاسی، در پایان دهه ۱۹۳۰، دولت مرکزی ایران، بیمارستان جدیدی به ظرفیت ۵۰ تخت در خرمشهر که اکنون باز خرمشهر نام‌گذاری شده بوده، ساخت و

⁶²² Administration Report 1924, p. 49.

⁶²³ Administration Report 1925, p. 60.

⁶²⁴ Williamson 1927, p. 129.

جایگزین بیمارستان قدیمی اقدسیه کرد^{۶۲۵}.

در دوره کوتاهی، در سال ۱۹۲۵، گذشته از سه بیمارستان آبادان، مسجد سلیمان و اهواز، شرکت نفت ایران - انگلیس دوازده دواخانه مجزا از هم را برقرار نمود که از آن دواخانه‌ها، نه عدد آن‌ها در میدان‌های نفتی، یکی در خرمشهر، یک دواخانه در بوارده و یکی نیز در پالایشگاه نفت آبادان قرار داشتند. تنها مؤسسه پزشکی ایرانی، بیمارستان اقدسیه بود که چندان اطلاعاتی از عملکرد آن در دست نیست؛ هر چند که کار خود را به صورت بیمارستان دولتی ادامه داد. همه دواخانه‌ها معمولاً به وسیله یک زیردست جراح تحت نظر یک پزشک که ویزیت‌های منظم داشت، اداره می‌شدند^{۶۲۶}. با وجود کوشش‌هایی که از جانب حکومت جدید در تهران برای بهبودی در وضعیت مراقبت‌های سلامت در ایران به عمل می‌آمد که شامل ساخت بیمارستان‌های جدید نیز بود، ولی این تلاش‌ها همواره از نیازها کمتر بودند و به غیر از ساخت بیمارستان جدید خرمشهر، هیچ‌گونه سرمایه‌گذاری دیگری در بخش سلامت در خوزستان جنوبی اتفاق نیفتاد؛ این به معنای آن بود که شرکت نفت ایران - انگلیس می‌بایست همچنان وظیفه مراقبت از سلامت و بهبودی شرایط سلامت در خوزستان جنوبی را به عنوان یک ضرورت در سراسر استان، ادامه دهد.

فعالیت‌های پیشگیرانه پزشکی شرکت نفت ایران - انگلیس

شرکت نفت برای این که کارگران خود را سالم نگه دارد، نه تنها خود را درگیر مراقبت‌های درمانی نمود بلکه برنامه‌ای برای اقدامات پیشگیرانه سلامت نیز آغاز کرد. با در نظر گرفتن سختی و ناهنجاری آب و هوایی (دمای بالای ۴۰ تا ۵۰ درجه سانتی‌گراد با رطوبت بالا)، مردم مرتباً در معرض گرم‌زدگی شدید قرار می‌گرفتند و نیاز به خنک

⁶²⁵ Mahrad 1978, p. 134.

⁶²⁶ Williamson 1932 b, p. 8.

شدن داشتند. جهت رویارویی با چنین مشکلی، کارکنان اروپایی، از پنکه استفاده می کردند که برداشتی مکانیکی از بادبزن ساخته شده از برگ درخت نخل بود و از سقف آویخته می شد. این وسیله توسط خدمتگزاری که واله نامیده می شد با کشیدن طنابی به آرامی، به حرکت می آمد. آن را بیشتر در اطاق خواب ها و روی میز نهارخوری آویزان می کردند. شب ها نیز برای فرار از پشه ها، خصوصاً پشه مالاریا، از پشه بند استفاده می شد. از آنجایی که این نمونه از پنکه ها برای کارگران وسیله مناسبی نبود، ساعت های کار تغییر داده شد. برای نمونه، در تابستان ساعات کار از ۶ صبح تا یازده و بعدازظهر، از ۳ تا ۶ بود. از ساعت ۱۱ صبح تا ۳ بعدازظهر، همه کارگرا، چه ایرانی و چه اروپایی، جهت فرار از گرما، به زیر زمین هایی که در زیر ساختمان ها ساخته می شد و به آن سرداب می گفتند، پناه می بردند. این سرداب ها در سینه کش کوه ها یا زیر ساختمان خانه ها کنده می شد ولی در هر صورت مکان مناسبی برای ساختمان های پزشکی نبودند. از زمانی که نیروی برق در دسترس قرار گرفت، تا سال ۱۹۱۹، تنها چند ساعتی در روز برق در مسجد سلیمان جریان داشت و البته در پرتوی آن پنکه های برقی جایگزین پنکه های حصیری شدند. ولی این پنکه های برقی اساساً در دفترها و مکان های خاص خانگی مانند مکان های خدمات پزشکی (برای مثال اتاق های عمل) استفاده می شدند که این موضوع می توانست «شرایط ضد عفونی را به خطر اندازد». در حدود سال ۱۹۲۶، شیوه خنک سازی و نگهداری یخچالی در مناطق نفت خیز شرکت نفت ایران - انگلیس در دسترس قرار گرفت. از این روش در اتاقی ویژه در بیمارستان میدان نفتی و جهت درمان موارد گرمادگی شدید، استفاده شد؛ سپس، این گونه از اتاقک های خنک کننده، اساساً جهت بیمارانی که در دوره نقاهت بودند و بیماری های سخت داشتند، به کار برده شد.

به دلیل توفیق روش، هوای سرد از این اتاق ها به اتاق جراحی انتقال داده می شد و بدین طریق شرایط کار در اتاق عمل دلپذیرتر می شد. بعدها نیز اتاق های عمل توسط

خنک کننده، سردسازی شدند. دسترسی به وسایل خنک کننده، باعث شد نگهداری و انبار کردن داروها، وسایل مداوا و همچنین وسایل واکسیناسیون که از ابزارهای مهم پیشگیری هستند، امکان پذیر شود^{۶۲۷}.

تلاش اصلی شرکت نفت ایران - انگلیس در زمینه پزشکی پیشگیری، مجموعه‌ای از کارهایی بود که هدف آن شامل ایجاد شرایط بهداشت عمومی بهتر، بهبود ایمنی غذایی و همچنین مبارزه با مالاریا می‌شد. انجام چنین کارهایی لازم و ضروری به نظر می‌رسید چرا که پس از آخرین همه‌گیری وبا در سال ۱۹۰۳، چندین رخداد طاعون محلی در منطقه شرکت نفت ایران - انگلیس اتفاق افتاد (نک: جدول ۵-۵). یک نمونه شدید آن در آبادان و مسجد سلیمان در سال ۱۹۲۳، رخ داد^{۶۲۸}. در واکنش به مشکل، شرکت نفت ایران - انگلیس، خط لوله آب‌رسانی ویژه‌ای را برای آبادان ایجاد و تکمیل کرد؛ از آن پس دیگر وبا در منطقه کاری شرکت نفت ایران - انگلیس، دیده نشد.

جدول ۵-۵: رخداد محلی بیماری طاعون طی سال‌های ۱۹۱۷ تا ۱۹۲۴

مکان	سال	موارد	مرگ و میر
خرمشهر	۱۹۱۷	-	-
خرمشهر	۱۹۲۳	۷۹	۴۳
آبادان	۱۹۲۳	۴۸۱	۴۰۹
خرمشهر	۱۹۲۴	-	-
بوشهر	۱۹۲۴	-	-
بندرعباس	۱۹۲۴	-	-
آبادان	۱۹۲۴	-	-

Gilmour 1924 p. 40; Neligan 1926, p. 691.

⁶²⁷ Capito 1940, pp. 8-9; Williamson 1932 b, pp. 7, 9-11.

⁶²⁸ Administration Report 1923, p. 62.

از آنجایی که طی قرن بیستم عمده رخدادهای همچون طاعون، در منطقه عملیاتی شرکت نفت ایران - انگلیس روی می داد، مثل موارد سال های ۱۹۲۴، ۱۹۳۳، ۱۹۱۷ در خرمشهر و آبادان، خدمات پزشکی شرکت، اقدامات مؤثری برای جلوگیری از طاعون، انجام داد. شرکت از کارگران و کارکنانش خواست سعی کنند که در حد امکان، مکان هایی که موش ها مرده اند را شناسایی و تلاش نمایند تا می توانند آن ها را از بین ببرند. این اقدام شامل قایق ها و کشتی ها و تلمبه خانه ها نیز می شد. همچنین گام هایی جهت بررسی کک و موش انجام گردید تا معین شود که آیا این انتقال دهندگان طاعون (به خصوص کک ناقل طاعون *Xenopsylla cheopsis*) در منطقه وجود دارند یا خیر؟ در سال ۱۹۲۴، زمانی که ۴۵۵۳ نفر به طاعون مبتلا شدند، مایه کوبی آغاز شد. خانه ها گند زدایی شدند و هنگامی که موارد جدید اطلاع داده می شد، اقدامات سلامت عمومی انجام می گردید (مانند ضد عفونی کردن لباس ها، جداسازی افراد مبتلا، تخریب خانه های آلوده با پرداخت و جبران خسارت به مالکین آن ها و جلوگیری از ساخت خانه های جدید در مکان های آلوده).

سپس شرکت نفت ایران - انگلیس، سیستم فاضلاب منازل را برای آبریزگاه های سازماندهی نمود، آب آشامیدنی لوله کشی را مهیا کرد، بازرسی مرتب و دائمی از مواد غذایی و شیرو ساخت بازاری تمیز برای خرید و فروش سبزیجات را انجام داد. مأمورین بهداشت، هر چند کم تعداد بود، جهت سرکشی به خانه ها تعیین شدند^{۶۲۹}. در سال ۱۹۵۰، برنامه های بازدارنده شرکت نفت ایران - انگلیس در آبادان شامل مایه کوبی، قرنطینه سازی، ایجاد آب آشامیدنی سالم، از بین بردن موش ها و سگ ها، بازرسی مواد

⁶²⁹ Gilmour 1924, pp. 40-41; Williamson 1927, pp. 139-44.

پیرامون واکسیناسیون و مایه کوبی بر علیه طاعون، بنگرید

Sir Philip H. Manson-Bahr, with the editorial assistance of Charles Wilcocks, Manson's Tropical Diseases 16th edition (London: Bailliere, Tindall and Cassell, London, 1966), p. 239.

غذایی و کشتارگاه‌ها و ساخت حمام‌های عمومی برای کارمندان و وابستگان آن‌ها بود.^{۶۳۰} بیماری‌هایی مثل مالاریا (تب نوبه، تب لرز) به عنوان مهم‌ترین بیماری‌های بومی خوزستان همچنان پا برجا مانده بودند. در استان خوزستان فقط منطقه دو طرف رود کارون آلوده بود و در شهرهایی مثل شوشتر، دزفول و اهواز شیوع مالاریا در حد زیادی رخ نمی‌داد. اما کرانه‌های خلیج فارس به شدت آلوده بودند. شرکت نفت ایران - انگلیس برای بازدارندگی قدم‌هایی برداشت و مشغول تحقیقات درباره مالاریا شد. کانون اصلی فعالیت شرکت در مبارزه با بیماری مالاریا که از سال ۱۹۲۴ آغاز شد، تأکید به از بین بردن پشه مالاریا و مکان‌های زاد و ولد آن‌ها بود.^{۶۳۱} تولید نفت نیز اثر مثبتی بر پیشگیری از مالاریا داشت. راس (Ross) گزارش داد که واقعیت جالب پزشکی این است که وقتی نفت وارد آب‌های این منطقه (نزدیک شوشتر) می‌شود، موجب بازدارندگی مالاریا می‌گردد، زیرا مکان‌هایی که پشه‌های آنوفل در آنجا زاد و ولد می‌کنند را نابود می‌سازد.^{۶۳۲} شرکت نفت ایران - انگلیس از این موضوع نتیجه گرفت نفت در شرایط اقلیمی محلی، از لاروکش‌ها مؤثرتر بوده است.^{۶۳۳} در سال ۱۹۵۰، مبارزه با مالاریا، شامل سم‌پاشی با د. د. ت (DDT) در همه منازل آبادان (۶ تا ۹ بار در سال)، حشره‌زدایی در حمام‌ها، تمیز کردن جوی‌ها و ریختن نفت در آب‌ها جهت از بین بردن لاروها بود. افزون بر این، شرکت نفت ایران - انگلیس، پس ماند خانه‌ها را جمع‌آوری کرده و می‌سوزاند و همچنین پنجاه درصد بودجه شهرداری را به منظور امور بهداشتی، هزینه می‌کرد.^{۶۳۴}

در جدول ۵-۶ میزان از کارافتادگی کارگران شرکت نفت به دلیل ابتلاء به مالاریا نشان داده شده است. نتیجه نبود اقدامات پیشگیرانه در نواحی که تحت کنترل و

⁶³⁰ ILO 1950, p. 42; Williamson 1933, p. 13, در آبادان، AIOC

⁶³¹ Government of Great Britain, pp. 417-19.

⁶³² Ross 1921, pp. 57, 59

(مسلماً، گسترش در منطقه تحت کشت برنج در زمین‌های بختیاری، مخالفانی داشت).

⁶³³ Government of Great Britain 1945, p. 419.

⁶³⁴ ILO 1950, p. 42.

نظارت شرکت نفت نبودند، کاملاً هویدا بود. بخش پزشکی شرکت نفت ایران - انگلیس نظارت خود را فقط روی میدان‌های نفتی و ایستگاه‌های خطوط لوله نفت یعنی در جاهایی که کارگران در منازل سنتی یا خانه‌های ساخته شده توسط شرکت زندگی می‌کردند، اعمال می‌کرد. در آبادان، خانقین و کرمانشاه، خصوصاً در دو شهر آخر، کارگران همچنان در خانه‌های سنتی زندگی می‌کردند. علاوه بر بیماری‌های واگیر همگانی و بومی، تعداد زیادی بیماری‌های دیگر نیز دیده می‌شدند. بیماری‌های متداول خوزستان و بنادر خلیج فارس همانند بیماری‌هایی بودند که در خرمشهر وجود داشتند. (جدول ۵-۷).



تصویر ۱۲ - مبارزه کارگران شرکت نفت با مالاریا



تصویر ۱۳- مبارزه کارگران شرکت نفت با مالاریا



تصویر ۱۴- مبارزه کارگران شرکت نفت با مالاریا



تصویر ۱۵- مبارزه کارگران شرکت نفت با مالاریا

جدول ۵-۶: درصد کارگران و کارمندان خارج از خدمت شرکت نفت در اثر ابتلاء به مالاریا

مکان / سال	۱۹۳۴	۱۹۳۵	۱۹۳۶	۱۹۳۷
آبادان	۴۵/۸	۳۷/۴	۶۷/۱	۳۹
مناطق میدان‌های نفتی	۴۵/۳	۲۷/۸	۱۹/۲	۱۶/۹
ایستگاه‌های خطوط نفت	۱۳/۸	۱۰/۳	۱۶/۷	۱۵/۴
شرکت نفت خانیقین	۲۹	۱۶/۲	۴۷/۴	۲۹/۲
شرکت نفت کرمانشاه	-	۴۱/۸	۶۴/۸	۶۱/۶

Government of Great Britain 1945, p. 420.

با در نظر گرفتن ماندگاری این بیماری‌ها، نیاز به ادامهٔ مراقبت، پیشگیری و همچنین اقدامات درمانی به منظور جلوگیری از رخداد دوباره آن‌ها، دیده می‌شد. در سال ۱۹۳۷، کارکنان پزشکی شرکت نفت ایران - انگلیس شامل یک مأمور عالی رتبه، ۳ پزشک، یک آسیب شناس، یک چشم پزشک جراح، ۱۸ مأمور پزشکی و ۲ دندان

پزشک بود. گروه پرستاری نیز شامل ۲ سرپرستار، پانزده خواهر راهبه و ۶ پرستار بود. همچنین یک انباردار، سه منشی پزشکی، سه بازرس سلامت، یک دستیار رادیولوژی و دو دستیار آزمایشگاهی نیز حضور داشتند.

جدول ۵-۷: موارد بیماری‌های متداول که در دواخانه خرمشهر درمان شدند (۱۹۱۱-۱۹۱۳)

۱۹۱۳	۱۹۱۲	۱۹۱۱	نوع بیماری/سال
۴۲۷۵	۳۳۹۵	۲۹۰۹	جمع
۴۱۵	۳۱۲	۲۱۳	تب مالاریا
۶۱۸	۴۹۱	۴۳۰	بیماری‌های چشمی
۲۸۰	۲۶۵	۱۸۲	بیماری‌های پوستی
۶۸۳	۴۸۷	۲۷۲	بیماری‌های گوارشی
۳۰۷	۲۲۰	۲۱۲	بیماری‌های آمیزشی
۱۹۷۲	۱۶۲۰	۱۶۰۰	سایر بیماری‌ها

Administration Report 1913, p. 86; see also Ibid., 1912, p. 65

(“بیماری‌های چشمی بی‌نهایت شایع هستند. ۶۶ جراحی کوچک انجام گردید.”)



تصویر ۱۶- نمای کلی از بیمارستان میدان‌های نفتی، مسجد سلیمان

وسایل و تسهیلات پزشکی - بیمارستانی عبارت بودند از یک بیمارستان ۱۲۰ تخته در آبادان و یک بیمارستان ۷۰ تخته در مسجد سلیمان، با دو بخش جداسازی، (در آبادان ۲۸ تخت و ۲۰ تخت نیز در بیمارستان میدان‌های نفتی). افزون بر آن، در آبادان، در ۱۹۳۷، بیمارستان جدیدی ساخته شد که سه سال بعد ۱۴۰ تخت داشت و در صورت نیاز می‌توانست ظرفیت آن تا ۵۰ درصد افزایش یابد. بیمارستان یک آزمایشگاه آسیب‌شناسی کوچک نیز داشت اما فضا برای طراحی یک آزمایشگاه بزرگ و مدرن هم دیده شده بود. بخش جداسازی آن با ظرفیت ۶۰ تخت در کنار ساختمان قرنطینه قرار داشت. افزون بر همه این موارد، ۱۴ دواخانه در مناطق و نواحی تحت نظارت شرکت نفت ایران-انگلیس وجود داشت. در سال ۱۹۳۷، ۶۴۸۷۶ نفر غیرمستخدم شرکت و در مجموع ۱۸۴۷۱۹ نفر مراجعه‌کننده در مراکز و تأسیسات پزشکی شرکت نفت ایران-انگلیس، تحت درمان قرار گرفتند.^{۶۳۵}

افول خدمات پزشکی شرکت نفت ایران - انگلیس

شرکت نفت ایران - انگلیس در اولین مرحله ساخت و توسعه (۱۹۲۸-۱۹۰۷) خود، در ارائه خدمات پزشکی برای کارمندان و کارگران و مردم خارج از شرکت کاملاً کارآمد بود. اما پس از آن که بنیان خود پشت سر گذاشت و موقعیت خود را در سطح بین‌المللی استحکام بخشید، چیزی بیش از آن چه که لازم و ضروری بود، انجام نداد.^{۶۳۶} دلیل روشن این پدیده آن بود که شرکت همه هم و غم خودش را به تولید و صدور نفت صرف کرده و می‌خواست سود خود را به حداکثر برساند، از این رو دغدغه‌ها و مسائل دیگری هم چون بهداشت و سلامت، تا زمانی که موجب آزار نمی‌شدند، در حاشیه قرار گرفتند.

⁶³⁵ Government of Great Britain, p. 411; Mahrad 1978, pp. 135-36.

⁶³⁶ Elwell-Sutton 1955, p. 94.

در عین حال، بایستی به این واقعیت نیز اشاره کرد که ماده هفدهم اصلاح توافق نامه ایران و شرکت نفت ایران - انگلیس در سال ۱۹۳۳، عنوان می‌کرد: "شرکت مسئول سازماندهی و پرداخت هزینه‌های ارائه، کنترل و نگهداشت بهسازی و خدمات سلامت عمومی بر طبق جدیدترین موازین بهداشتی ایران در همهٔ سرزمین‌هایی است که تحت نظارت و انحصار شرکت می‌باشند و همچنین همهٔ ساختمان‌ها و سکونت‌گاه‌هایی که از سوی شرکت برای مستخدمین آن و همهٔ کارگرانی که در محدودهٔ تحت امتیازی شرکت استخدام شده‌اند".

در آن زمان، زیرساخت بهداشتی و پزشکی که شرکت نیازمند آن بود وجود داشت ولی سرمایه‌گذاری‌های اصلی جدید ناچیز و عمدتاً نیز تکمیلی بودند. با وجود این، شرکت هیچ تلاشی که بیش از نیاز باشد انجام نداد؛ بنابراین، تلاش می‌کرد از آن چه که اضافی قلمداد می‌شد، اجتناب ورزد. در سال ۱۹۳۸، زمانی که مصوبه حمایت کار و کارگری، به تصویب رسید، در بین همهٔ موارد، چیزهای دیگری از جمله مهیا کردن تسهیلات شستشو، ساخت آبریزگاه، لباس کار، تسهیلات مراقبت کودکان و بیمهٔ حوادث نیز در آن گنجانیده شده بود. شرکت نفت ایران - انگلیس این مصوبه را غیرعملی انگاشت و در نتیجه مصوبه چون یک کاغذ پاره باقی ماند^{۶۳۷}.

همین جریان برای قانون بیمهٔ اجتماعی سال ۱۹۴۸ نیز اتفاق افتاد. در آن زمان نیز شرکت نفت ایران - انگلیس به طور کامل شانه از مسئولیت آن خالی کرد^{۶۳۸}. در عین حال، تا آخر سال ۱۹۵۱، این شرکت نفت ایران - انگلیس بود که همچنان تأمین کنندهٔ اصلی خدمات سلامت در خوزستان جنوبی به حساب می‌آمد و نه دولت ایران. به غیر از یک بیمارستان دولتی در خرمشهر، همهٔ بیمارستان‌ها در آبادان و میدان‌های نفتی، به وسیلهٔ شرکت نفت تأمین مالی، نگهداری و اداره می‌شدند. خدمات پزشکی

⁶³⁷ Elwell-Sutton 1955, p. 97.

⁶³⁸ Elwell-Sutton 1955, p. 97.

شرکت نفت ایران - انگلیس (بستری‌ها و درمان‌های سرپایی)، برای همه کارمندان، چه ایرانی و چه خارجی، رایگان انجام می‌شد و چنین شیوه‌ای شامل وابستگان کارگران استخدامی نیز می‌شد. اما کارگران روز مزدی تنها خدمات درمانی سرپایی و اورژانسی دریافت می‌کردند، این خدمات شامل بعضی از گروه‌های غیراستخدامی نیز می‌شد. خدمات محدود دندان پزشکی و دارویی به صورت کامل، تأمین و برای همه کارگران استخدامی، به صورت مجانی، انجام می‌شدند.

در سال ۱۹۵۰، بیمارستان ۱۵۰ تخت داشت و ۱۶ حقوق بگیر و ۱۳۴ نفر کارمند روز مزد جهت بیماری‌های عفونی گوناگون در آن کار می‌کردند. بیمارستان دو اتاق جراحی، دو بخش زایشگاهی، دو بخش کودکان، رادیولوژی و تجهیزات جدید پزشکی داشت. همچنین، ۶۲ پزشک متخصص استخدام شده بودند شامل متخصص جراحی، بیماری‌های داخلی، بیماری‌های گرمسیری، بهداشت صنعتی، آسیب شناسی، چشم پزشکی، بیماری‌های آمیزشی و بیماری‌های زنان و زایمان. گذشته از این متخصصین، چندین پزشک عمومی که ۴۱ نفرشان ایرانی بودند، حضور داشتند. افزون بر این، ۶۷ پرستار، ۲۷ کمک جراح، تعدادی داروساز و نسخه پیچ و دستیار آزمایشگاهی، بازرسی سلامت و کارمندان اداری نیز وجود داشتند.

در مجتمع پالایشگاه، چهار درمانگاه کار جهت کمک‌های اولیه و مشاوره وجود داشت. در جاهایی که کارگران مشغول به کار بودند، هشت درمانگاه کار توسط شرکت نفت ایران - انگلیس دایر شد ولی اداره آن به عهده شهرداری‌ها بود. در مسجد سلیمان، شرکت، بیمارستانی با ۱۰۳ تخت داشت (۳۰ تخت برای کارمندان حقوق بگیر زن و ۷۳ تخت برای کارگران دستمزدی). بیمارستان دیگری در آغاچاری با ۴۷ تخت وجود داشت (۱۲ تخت برای حقوق بگیران زن و ۳۵ تخت برای کارگران دستمزدی). هر دو بیمارستان اتاق‌های عمل و بخش‌های آزمایشگاهی، رادیولوژی و زنان داشتند. گذشته از آن، در مسجد سلیمان، بیمارستان ایزوله‌ای با ۶۰ تخت جهت بیماران عفونی وجود

داشت که کارگران کلیه میدان های نفتی را تحت پوشش قرار می داد. در بیمارستان کوچک تر، بخش های کوچکی وجود داشتند. روی هم رفته کارکنان پزشکی میدان های نفتی عبارت بودند از ۲۲ پزشک، ۲۴ پرستار، ۲۱ کمک جراح و تعدادی کارکنان پشتیبانی^{۶۳۹}. در کل، شرکت نفت ایران - انگلیس، ۷۰ پزشک استخدام کرد که ۱۰ نفر از آن ها متخصص بودند. تعداد کل کارکنان پزشکی و دایره سلامت به حدود بیش از دو هزار نفر می رسید که خدمات آن ها در همه مراکز درمانی و بهداشتی گسترده شده بود. بزرگترین بیمارستان شرکت در آبادان قرار داشت و بیمارستان های مسجد سلیمان و آغاچاری به نسبت کوچکتر بودند، همچنین تعدادی درمانگاه، در محله های کارگری و مسکونی کارگران وجود داشتند. بیمارانی که دچار بیماری شدید می شدند، توسط آمبولانس های زمینی و هوایی، از منطقه خارج و به یکی از بیمارستان ها انتقال پیدا می کردند^{۶۴۰}.

به هر حال، در حالی که این اطلاعات، در واقع درست می باشند، ولی کل ماجرای واقعی را نشان نمی دهند؛ از جمله توضیح نمی دهند که چرا کارکنان خارجی اروپایی خدمات درمانی بهتری را نسبت به ایرانی ها دریافت می کردند. حتی با پزشکان ایرانی و کارکنان ایرانی پزشکی رفتاری تبعیض آمیز می شد.

”پزشکان ایرانی گله مند بودند، هیچ تماسی با پزشکان بریتانیایی نداشتند و عملکرد آن ها عمدتاً معطوف به رسیدگی به کارکنان بریتانیایی بود. بنابراین نمی توانستند از تجربیات پزشکی و درمانی پزشکان بریتانیایی بهره مند شوند. ۵۷ درصد از کارکنان پزشکی ایرانی بودند اما شرکت، هیچ گونه مقام اجرایی به آن ها نمی داد. این جوی نبود که یک پزشک با وجدان بتواند بهترین (شایستگی های) خود را نشان دهد و بسیاری از پزشکان ترجیح می دادند با

⁶³⁹ ILO 1950, pp. 39-40.

⁶⁴⁰ Anonymous 1949, p. 320.

درآمد کمتر در نقاط دیگری از ایران خدمت کنند^{۶۴۱}.

در این میان، بسیار شگفت انگیز است که دولت ایران، تنها با بخشی از اطلاعات و تجزیه و تحلیل‌هایی که شرکت نفت ایران - انگلیس در سال ۱۹۵۰ به سازمان جهانی کار (ILO) داد، مخالفت کرد. دولت ایران معترض این بود که همه تخت‌های بیمارستانی، در دسترس کارکنان شرکت قرار نمی‌گیرد. این موضوع درست بود زیرا شرکت میان کارگران استخدامی و کارگران روز مزد فرق می‌گذاشت (نک: جدول ۵-۸). از دیگر سو، موضوع قابل توجه این بود که نه تنها توزیع، بلکه تعداد تخت‌های بیمارستانی نیز کافی نبودند. مطابق با معیار سازمان جهانی کار، متوسط تخت بیمارستانی در اروپا به ازاء هر هزار نفر کارگر ۱۰ تا ۱۵ تخت بود، در صورتی که برای نمونه، در آبادان ۵۹۰ با تخت بیمارستانی موجود و با احتساب ۲۱۰ تخت بخش‌های ایزوله، این میزان به ۴/۴ در هزار نفر می‌رسید که بسیار کمتر از معیار اروپایی بود.

جدول ۵-۸: توزیع تخت‌های بیمارستانی در بیمارستان‌های وابسته به شرکت نفت ایران - انگلیس در بین کارکنان شرکت نفت

شمار تخت‌ها به ازاء هزار نفر	شمار تخت‌ها	تعداد کارکنان	طبقه کارکنان
-	۲۲ تخت به طور دائم رزرو شده	نامعلوم/ همه خارجی	کشتیرانی
۲۰/۸	۷۲	۲۵۶۰	کارمندان رتبه‌دار
۱۵/۶	۴۹	۳۱۲۴	کارمندان بدون رتبه
۸/۰	۲۶۴	۳۱۸۰۰	کارگران

ILO 1951, p. 18

⁶⁴¹ Elwell-Sutton 1955, p. 97.

در عین حال، باید توجه داشت که در این دوران ایران نمی توانست اروپا باشد. اوضاع مناطق تحت انحصار شرکت نفت ایران - انگلیس، انعکاسی از شرایط عمومی غالب در ایران هم نبود، چه برسد به اروپا. چرا که میزان رخداد حوادث بیش از میزانی بود که ماهیتاً در صنعت می بایست رخ می داد. در نتیجه، حد متوسط بیماری زایی، بالاتر بود در حالی که شرایط بد مسکن با دوره نقاهت بیماران در خانه، در تضاد بود. همه این موارد حاکی از آن است که نسبت تخت های بیمارستانی، بر اساس نظر خبرگان پزشکی، با در نظر گرفتن اوضاع خشن منطقه نفت خیز تحت انحصار شرکت نفت، می بایستی ۲۰ در هزار باشد؛ همان گونه که برای کارکنان اروپایی دیده می شد^{۶۴۲}. برای پرداختن به این مسأله، شرکت نفت ایران - انگلیس، با تهدید ملی سازی، تحت فشار قرار گرفت و تصمیم بر آن شد که بیمارستان خود را در آبادان گسترش داده، حمایت های مالی جهت تأسیس بیمارستان شهرداری آبادان انجام دهد و درمانگاه های بیشتری را در مناطق و میدان های نفتی دایر کند^{۶۴۳}.

افزون بر این، دولت ایران استدلال کرد که در ژوئن ۱۹۴۸، ناظران کارگری، گزارش داده اند که در مسجد سلیمان فقط یک پزشک برای سه دواخانه وجود داشته است. آن یک پزشک هم مجبور بوده به طور متوسط ۱۵۷۰۰ بیمار را طی ۲۴ روز ببیند و تحت درمان قرار دهد؛ یعنی در هر هشت ساعت، ۲۵۰ بیمار را ببیند. در درمانگاه فرح آباد در آبادان، دو پزشک باید ۱۶۷۲۷ بیمار، یعنی در هر روز کاری هفت ساعته، ۳۲۱ بیمار را ببینند "با در نظر گرفتن مقدار ۳۰ ثانیه جهت ورود و خروج هر بیمار، تنها برای معاینه هر بیمار کمتر از یک دقیقه یعنی ۴۹ ثانیه وقت در نظر گرفته می شد، و تازه این در زمانی است که هیچ گونه مانع و مزاحمتی در نظر گرفته نشود."

⁶⁴² ILO 1950, p. 41; Ibid., 1951, pp. 19-20; Elwell-Sutton 1955, p. 96.

⁶⁴³ ILO 1950, p. 41.

پزشکان آشکارا خود را هم چون ماشینی می‌دیدند که از آنان استفاده می‌شد^{۶۴۴}. آن چه این گزارش به روشنی نشان می‌دهد این است که این پزشکان ایرانی بودند، نه بریتانیایی. زیرا اکثر پزشکان ایرانی امیدی بیش از این که پزشک دواخانه باشند، نداشتند. کار آن‌ها تنها معاینه کارگران و تشخیص این بود که آیا برای انجام کار مناسب هستند یا خیر. در این شرایط، امکان ابراز شکایت از بین می‌رفت. بر اساس برآوردهای آماری به عمل آمده، ۹۴ درصد از کارگران، مناسب انجام کار بودند. به آن‌هایی که نامناسب تشخیص داده می‌شدند، دارو داده می‌شد مگر آن که بیمار خوش شناس بوده و یا به حدی بیماری می‌داشت که در آن صورت یکی از تخت‌های کمیاب بیمارستان، نصیب وی می‌شد^{۶۴۵}.

در عین حال، دولت ایران گزارش نمود که شکایاتی از طرف کارگران مبنی بر نشت فراوان گاز دی‌اکسید سلفور (SO_2) وجود دارد که کارگران به درستی آن را بسیار مضر می‌دانستند. درخواست کارگران آشکارا فقط دریافت شیر مجانی و لغو اخراج آن‌ها از خدمت، به دلیل بیماری ریوی، بود. اما اندرسون مأمور پزشکی ارشد شرکت نفت ایران - انگلیس، تنها به نوشتن مقاله‌ای در مورد اثرات خیالی اما مفید گاز SO_2 اکتفا کرد^{۶۴۶}. قسمت آخر این گزارش که مربوط مفید بودن اثر این گاز می‌باشد دروغ است چرا که اندرسون در حقیقت پژوهشی انجام داده بود تا اثرات طولانی مدت برخورد با گاز SO_2 را اندازه‌گیری کند و نه چیز دیگر.

این پژوهش در واکنش به «بیاناتی که کارگران، سرپرست کارگران و دیگران داشتند» انجام شد که «بر این باور بودند که قرار گرفتن مداوم با بخار دی‌اکسید کربن،

⁶⁴⁴ ILO 1951, pp. 19-20; Elwell-Sutton 1955, p. 96.

برآورد محاسبه‌ای تا حدی از نتایج حاصله از سازمان جهانی کار متفاوت است. این به معنای آن است که پزشکان ۲۶ روز در ماه کار می‌کردند. $۷ \times ۲۶ = ۱۸۲$ ساعت کاری \times دو پزشک $\times ۶۰$ دقیقه = $۲۱۸۴۰/۱۶۷۲۷ = ۷۸/۳۴$ ثانیه برای هر بیمار که آشکارا غیر ممکن است.

⁶⁴⁵ Elwell-Sutton 1955, p. 97.

⁶⁴⁶ ILO 1951, p. 20.

عامل کمک کننده ایجاد سل، برونشیت مزمن و دیگر بیماری‌های مزمن سینه است.^{۶۴۷} اندرسون نوشت که مأمور طبی آبادان به اثرات فوری قرار گرفتن در مقابل دود و گاز سولفور بر روی چشم، پوست و ریه‌ها، کاملاً آگاهی داشته است. این ناراحتی‌ها می‌توانند شدید باشند ولی هیچ‌گونه گزارشی از مرگ و میر در این مورد طی پنج سال گذشته وجود نداشته است.

افزون بر این، او اشاره نمود که در پژوهش‌های پزشکی، توجه کمتری به این مقوله شده است و مطالعات در دسترس، آگاهی‌های کمی درباره اثرات در معرض قرار گرفتن این گاز، در طولانی مدت، ارائه می‌دهند. نتیجه تحقیق و بررسی او این بود که اثرات جانبی بر سلامت این گاز را نمی‌شود تأیید کرد^{۶۴۷}. مطالعات دیگری که در آن زمان در این زمینه به عمل آمد صحت این نتیجه را تأیید نمود. بر اساس مطالعات وسیعی که در سال ۱۹۵۵ توسط دانشگاه میشیگان، برای ارتش ایالات متحده امریکا انجام گرفت، چنین نتیجه‌گیری می‌کرد *”این آزمون را می‌توان به عنوان دلیل متقاعد کننده‌ای محسوب کرد؛ مگر آن که اوضاع آب و هوایی ایران به گونه‌ای باشد که نتوان این نتایج را در مناطقی با اقلیم متوسط‌تر به کار برد”*^{۶۴۸}.

شرکت نفت ایران - انگلیس این موضوع را جدی گرفت، در سال ۱۹۴۹، نشریه

⁶⁴⁷ Anderson 1950

(گروه‌های تماس شامل کسانی در معرض گاز دی اکسید سولفور برای مدت زمان‌های متفاوت از یک تا نوزده سال بودند، غلظت گاز از صفر تا ۲۵ قسمت در میلیون متغیر بود؛ گاهگاهی نیز به ۱۰۰ قسمت در میلیون می‌رسید. گروه شاهد شامل کسانی می‌شد که در همان مناطق مشغول به کار بودند ولی هیچ‌گونه گزارشی مبنی بر این که در معرض گاز قرار داشته باشند وجود نداشت. مطالعه نشان داد که گاز دی اکسید سولفور بر روی فشار خون، ظرفیت حجم هوایی که می‌توان بیشترین دم تا انتهای بیشترین بازدم به بیرون فرستاد و یا بر روی ریه‌ها همان گونه که در رادیوگرافی نشان داده شده بود، اثری نداشته است.)

⁶⁴⁸ Hewson 1955.

از آن تاریخ به بعد پیرامون این مورد پژوهش‌های فراوانی به عمل آمد. بر طبق نظریه آژانس حفاظت از محیط زیست، دی اکسید سولفور استنشاقی با نشانه‌های بیماری‌های تنفسی و بیماری دشواری در تنفس و (EPA) و مرگ زودهنگام، همبستگی دارد.

[<http://www.epa.gov/air/sulfurdioxide/>].

شرکت، گزارش کرد چند سالی است دستگاه‌های تنفسی برای حفاظت کارگران در برابر بخارات جهت کاهش خطرات پزشکی، تهیه کرده است^{۶۴۹}. شرکت نفت، درمانگاه‌هایی را در مدارس شهرهای آبادان و مسجد سلیمان به وجود آورد و دانش‌آموزان در شروع سال تحصیلی و در طی سال به طور موقت برای تراخم، تحت معاینه و درمان قرار می‌گرفتند. این برنامه، پشتیبانی مالی شد و توسط دو پزشک و ۳۵ دستیار که همگی از کارکنان شرکت نفت ایران - انگلیس بودند، صورت گرفت^{۶۵۰}. شرکت نفت ایران - انگلیس به خدمات پیشگیرانه خود افتخار می‌کرد، از جمله زهکشی و انتقال فاضلاب، تهیه آب آشامیدنی بهداشتی و سالم، مبارزه با مالاریا، مایه کوبی و واکسیناسیون، نابودی آفات و احداث حمام. افزون بر این، آزمایشگاه آسیب شناسی شرکت در پیشگیری و مبارزه با بیماری‌های همه‌گیر، مؤثر بود^{۶۵۱}. اما دولت ایران مدعی بود که با در نظر گرفتن درستی همه این موارد، خانه‌های کارگری که در مناطق نفتی قرار داشتند، تا سال ۱۹۵۱، با د.د.ت، سم پاشی نشده بودند^{۶۵۲}. در اینجا نیز دولت ایران موفق نشد شرکت نفت ایران - انگلیس را به انتقاد کشد زیرا در آبادان که در همان زمان ۱۵۰۰۰۰ نفر جمعیت داشت، شرکت فقط یک و نیم میلیون گالن آب تأمین کرد، به عبارتی، برای هر یک نفر آبادانی، روزانه ده گالن آب.

در همان حال، کارمندان اروپایی شرکت، دو برابر این مقدار فقط برای دو بار حمام روزانه خودشان، استفاده می‌کردند. گزارش‌های مشابه دیگری در مورد وسایل رفاهی که موجب بهبود سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها می‌شد می‌توان ارائه داد. از جمله در دسترس بودن نیروی برق کافی، خانه‌های کافی با طرح مناسب و بهسازی عمومی و مؤثر. اما برای نمونه، تا اواخر ۱۹۵۰، بازار آبادان واقعاً یک مکان کثیف بود و شرکت

⁶⁴⁹ Anonymous 1949, p. 321; ILO 1951, p. 20.

⁶⁵⁰ ILO 1950, p. 64.

⁶⁵¹ Anonymous 1949, p. 321.

⁶⁵² ILO 1951, p. 19.

دوست نداشت که خود را درگیر تمیز کردن آن کند، زیرا "چنانچه در این باره اقدام می‌کردیم ایرانیان تقاضای بیشتری از ما داشتند، پس بهترین حالت آن بود که اصلاً تا زمانی که انجام کاری برای شرکت الزام آور نباشد اقدامی صورت نگیرد"^{۶۵۳}.

الول ساتون (Elwell-Sutton) نتیجه‌گیری کرد: "شرکت نفت هیچ‌گونه زمینه‌ای برای مباحثات به عالی بودند خدمات سلامت خود نداشت"^{۶۵۴}. در اینجا او به نیمه‌خالی لیوان نگاه می‌کند در حالی که شرکت اعتقاد داشت که لیوان تا لبه آن پر شده است. اما جایگاه دولت ایران چیزی بین این دو نظریه بود. انتقادهای دولت ایران بیشتر گنگ بود و تنها به بعضی از موارد که نیاز به بهبودی و گسترش داشتند متمرکز می‌شد. این نمونه نظریات کاملاً تأیید و تصدیق به وجود بالا بودن کیفیت ارائه خدمات و مراقبت‌های پزشکی در مناطق شرکت نفت ایران - انگلیس محسوب می‌شد و شاید نوعی اقرار غیرعمدی به بی‌کفایتی خود دولت در این زمینه بوده است.

در خارج از منطقه نفوذ شرکت، با این که اوضاع بهداشت و بهسازی بسیار نامناسب و وخیم بود، اما هیچ‌گونه خدمات پزشکی وجود نداشت. افزون بر این، به ندرت پزشک ایرانی یا مأمور پزشکی در خوزستان، به غیر از آن چه شرکت نفت ایران - انگلیس استخدام کرده بود، وجود داشت. پاره‌ای از این مشکلات به دلایلی بود که در بالا به آن اشاره کردیم^{۶۵۵}. با این وجود، انتقادات یا گنگ بود و یا اصلاً وجود نداشت و مغایر با خدمات پزشکی مهم شرکت نفت ایران - انگلیس در اوایل پیدایش آن بودند یعنی زمانی که شرکت ظرفیت کامل خود را نشان می‌داد^{۶۵۶}.

آن عدم احترامی که نسبت به ایرانی‌ها و پرسنل غیراروپایی در سرتاسر ارتباطات

⁶⁵³ Elwell-Sutton 1955, pp. 94, 98 نیز بنگرید ILO 1950 and Ibid 1951.

⁶⁵⁴ Elwell-Sutton 1955, p. 97.

⁶⁵⁵ ILO 1950, p. 64.

⁶⁵⁶ Shahni 1374, p. 321.

شرکت وجود داشت با ملی شدن صنعت نفت ایران در سال ۱۹۵۱، تصویری تاریک تر به خود گرفت. به نظر می‌رسد بریتانیایی‌ها در حال ترک ایران، کلیه تجهیزات و وسایل بیمارستانی و درمانی بیمارستان‌های مسجد سلیمان و آبادان را تخریب کردند و داروهای موجود را با خود بردند^{۶۵۷}. اگر این چنین بوده است، که تأیید آن مدارک بیشتری می‌طلبد، و چنانچه چنین چیزی حقیقت داشته باشد، در آن صورت، به طور حتم انعکاس خوبی برای شرکت نفت ایران - انگلیس نداشته و لکه ننگی بر پیشینه پزشکی مثبت آن‌ها بوده است.

سخن پایانی

با وجود شرایط نامناسب (همچون سرزمین نامساعد، آب و هوای گرم و رطوبت بالای هوا، نبود تقریباً هر گونه زیرساخت‌های اولیه پزشکی، بالا بودن نسبت بیماری‌های واگیر دار، عدم وجود آب و غذای ایمن)، شرکت نفت ایران - انگلیس، مجبور بود مراقبت‌های پزشکی و دیگر خدمات را ارائه دهد تا کارکنانش را سالم، خوش بنیه و شاداب نگه دارد. شرکت کار خدمات پزشکی خود را به صورت ساده با یک پزشک و دو دستیار در یک چادر آغاز نمود، اما یک دهه پس از آن، یک بیمارستان مدرن در مسجد سلیمان ایجاد کرد. این کار را با ساخت بیمارستان دیگری، شبیه به آن در آبادان، در سال ۱۹۲۰ و همچنین تأسیس بسیاری از دواخانه‌ها در میدان‌های نفتی، دنبال کرد. گذشته از خدمات درمانی مجانی که حتی برای کسانی که در استخدام شرکت هم نبودند در دسترس قرار گرفت، شرکت نفت ایران - انگلیس، برنامه محدود پیشگیرانه پزشکی نیز شروع کرد. این برنامه شامل مایه کوبی، واکسیناسیون جهت

⁶⁵⁷ (بدون دادن هر ارجاعی) Shahni 1374, p. 211

پزشکان سنتی ایرانی نیز در مسجد سلیمان کار می‌کردند؛ برای آگاهی از زندگی نامه یکی از آن‌ها بنگرید Ibid. pp. 431-33

مبارزه با امراضی مثل مالاریا، بهسازی و زهگشی آب‌های سطحی و فاضلاب می‌شد. گرچه از سال ۱۹۳۳، شرکت نفت ایران - انگلیس، مسئول سلامت عمومی و بهسازی در منطقه نفتی تحت انحصار خود بود ولی این خدمات و مراقبت‌ها عموماً در سطح حداقلی جمع‌بندی می‌شوند. از طرف دیگر، شرکت نفت ایران - انگلیس، برنامه پزشکی و فعالیت‌های اجتماعی دیگری را تأمین مالی می‌کرد تا وسیله‌ای جهت تحکیم شهرت و جایگاه گفتمانی خود در برابر دولت ایران و کارکنان و سهام داران شرکت باشد^{۶۵۸}.



تصویر ۱۷ - بیمارستان مسجد سلیمان پس از بازسازی

⁶⁵⁸ On this latter issue, see Abdelrehim et al. 2011.



تصویر ۱۸- محوطه بیمارستان مسجد سلیمان پس از بازسازی و گسترش نهایی

کتابشناسی

Abdelrehim, Neveen, Maltby, Josphine and Toms, Steve 2011. "Corporate Social Responsibility and Corporate Control: The Anglo-Iranian Oil Company, 1933-1951," *Enterprise & Society* (2011) 12/4, pp. 824-862.

Adamec, Ludwig 1989. *Historical Gazetteer of Iran*. 4 vols. Graz: Akademische Verlag.

Administration Report = *Administration Report on the Persian Gulf Political Residency for the year (1873 to 1940)* in Government of India. *The Persian Gulf Administration Reports 1873-1947*, 10 vols. (Gerrards Cross, Archives Editions, 1986).

Anderson, A. 1950. "Possible Long Term Effects of Exposure to Sulphur Dioxide," *British Journal of Industrial Medicine* 7/2, pp. 82-86.

- Anonymous 1928. "The Persian Oil Industry. Fields Exploration," *Naft* 4/6, pp. 14-17.
- _____, 1929. N.N. "The Persian Oil Industry. Fields Development," *Naft* 5/3 (1929), pp. 13-18.
- _____, 1938. "The Kanoon Iran – opening of new club premises," *Naft* 14/5, pp. 4-6.
- _____, 1949. *Our Industry - Anglo-Iranian Oil Co. Ltd.* London: AIOC.
- Capito, C.E. 1940. "Early Days at Masjid-i-Sulaiman," *Naft* 16/4, pp. 5-11.
- Edmonds, C.J. 2010. *East and West of Zagros. Travel, War and politics in Persia and Iraq, 1913-1921*, ed. Y. Richard, Leiden: Brill.
- Ellwell-Sutton, L.P. 1945. *Persian Oil. A Study in Power Politics*. London, Lawrence and Wishart.
- Ferrier, R. W. 1982. *The History of the British Petroleum Company*. vol. 1: *The Developing Years 1901-1932*. Cambridge: Cambridge UP.
- Floor, Willem 2003. *Public Health in Qajar Iran*. Washington DC: MAGE.
- _____, 2012. "Hospitals in Safavid and Qajar Iran: an enquiry into their number, growth and importance," in Fabrizio Speziale ed. *Hospitals in Iran and India, 1500-1950's* Leiden/Boston: Brill.
- Gilmour, John 1924. *Rapport sur la situation sanitaire de la Perse*. Geneva, League of Nations.
- Government of Great Britain 1945. *Geographical Handbook Series – Persia*. N.p.
- Hewson, E. Wendell 1955. "Some aspects of the dispersion of pollens and industrial contaminants in relation to micrometeorology," Scientific Report no. 1, University of Michigan, Ann Arbor. Accessed on 29/12/2011. [<http://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/2027.42/5524/4/bac4670.0001.001.txt>]
- ILO 1950. *Labour Conditions in the Oil Industry in Iran*. Geneva.
- _____, 1951. *Some Documents on the Conditions of the Iranian Workers under the Ex-Anglo Iranian Oil Co.* Geneva.
- Landon, Perceval 1909. "Through Persia to a New Oilfield." *World's Work* 18, pp. 12044-55; the same article is reprinted in *Naft* 2/1 (1926), pp. 2-11.
- Mahrad, Ahmad 1978. *Iran am Vorabend des II. Weltkrieges*. Osnabrück.
- McIntyre, H.M. 1926. "The First Persian Pipe-Line," *Naft* 2/6, pp. 7-13.
- Neligan, A.R. 1926. "Public Health in Persia. 1914-24," *The Lancet* Part II-

- March 27, pp. 690-94.
- Ross, Elizabeth N. MacBean 1921. *A Lady Doctor in Bakhtiyari Land*. London: Parsons.
- Scott, G.B. 1931. "The First Survey of the Persian Oil-Fields," *Naft* 7/2, pp. 6-12.
- Shahnavaz, Shahbaz 2005. *Britain and the Opening up of South-West Persia 1880-1914*. London: RoutledgeCurzon.
- Shahni, Danesh `Abbasi 1374/1995. *Tarikh-e Masjed-e Soleyman. Tarikh-e Tahavollat-e San`at-e Naft*. Tehran: Hirmand.
- Talbot Clifton, Mrs. 1925. "Maidan-i-Naftun: an appreciation, *Naft* 1/6, pp. 3-10.
- Williamson, J. W. 1927. *In A Persian Oil Field*,
W[illiamson]. J. W. 1932 a, "Development of the Company's Medical Service. I. Early History," *Naft* 8/4, pp. 6-13.
- _____, 1932 b, "Development of the Company's Medical Service. II Hospitals and Preventive Medicine," *Naft* 8/6, pp. 7-11.
- _____, 1933, "Development of the Company's Medical Service. II Hospitals and Preventive Medicine," *Naft* 9/1, pp. 11-15.
- Wilson, Arnold T. 1942. *SW Persia. Letters and Diary of a Young Political Officer 1907-1914*, Oxford, Oxford UP.

فصل ششم

خاک خوری در ایران

مترجم: اسماعیل نبی پور

در ایران، مصرف گل و خاک، هم به عنوان محصول غذایی و هم به صورت دارویی، با گستردگی وجود داشته است. البته به کارگیری بیان تحقیرآمیز «کثافت خور»، برای کسانی که خاک خواری می‌کردند، به این نوع خاک خوری بر نمی‌گردد. بلکه بیشتر به بار معنایی منفی خاک در میان زرتشتیان اشاره دارد. برای نمونه، در کتاب *ارد/ویراف* نامه آمده است در دوزخ فردی را که از وزنه‌ها و اندازه‌های تقلبی استفاده می‌کرد و همچنین فردی را که اجناس و مال التجاره نادرست و تقلبی به مردم می‌فروخت، مجبور می‌کردند، مقدار معینی از گل و خاک بخورد^{۶۵۹}.

گل یا خاک خواری، تاریخی به درازای قدمت بشریت دارد و گزارش‌های مربوط به آن در سرتاسر نقاط دنیا یافت می‌شود^{۶۶۰}. تجزیه و تحلیل مواد دفعی انسانی فسیل شده که، طی حفاری‌های نزدیک شهر جارمو در نزدیکی کرکوک عراق یافت شده‌اند، نشان می‌دهد این مواد حاوی مقدار زیادی گل است و نشان می‌دهد گل یکی از مواد عادی رژیم غذایی انسان در دوران نوسنگی بوده است^{۶۶۱}. با این حال، گروهی پژوهشگران بر این باورند که *«احتمالاً از ایرانیان بوده که اروپاییان کاربرد سفیداب را برای مقاصد یکسان یاد گرفتند»*. برای نمونه، در بعضی از موارد آن را جایگزین کره می‌کردند و در آلمان آن را کره سنگ می‌نامیدند^{۶۶۲}. همانند همه پیشینیان، پزشکان

⁶⁵⁹ Kargar 2009, episode 37, pp. 51

«من روح یک مرد را دیدم که با سیدی رفت و خاک و جانوران موذی را وزن کرد و آن‌ها را خورد». چنین معنای ضمنی منفی نسبت به خاک در عبارت فارسی «خاک بر سرت» یافت می‌شود که یک نوع لعنت در مذهب زرتشتی بوده است.

⁶⁶⁰ Ziegler 1997.

⁶⁶¹ Bush 1975, p. 55.

⁶⁶² *Popular Science*, vol. 33, December 1899 (New York), p. 75; Bush 1975, p. 55.

ایرانی، انواع متفاوتی از خاک و گِل را برای مداوای بیماری‌ها و ضعف‌های بدنی، چه مصارف داخلی و چه خارجی، تجویز می‌کردند.^{۶۶۳}

پزشکانی همچون رازی و ابن‌سینا، در میان چیزهای دیگر، مردم را به استفاده از گل سرشوی (گِل رُس ارمنی) تشویق می‌کردند، به ویژه استفاده بر روی مو و پوست بدن، زیرا این گل حاوی اکسید آهن، منگنز و کلسیم است که مو و پوست را قوت می‌بخشد. رازی «رساله‌ای در مورد گل و فواید آن» نوشت و در آن بیان داشت خاک نیشابور تقویت کننده قلب و برطرف کننده دل آشوبه و حالت تهوع است. استفراغ را متوقف می‌سازد (به عنوان ضد قی استفاده می‌شود) و به ویژه تهوع ایجاد شده را بر طرف می‌سازد. رازی مدعی بود که مصرف گِل نیشابوری موجب انسداد کلیه‌ها و مثانه‌ها نمی‌شود، در صورتی که چنین وضعیتی با خاک‌های دیگر رخ می‌دهند.

گرچه پزشکانی مثل رازی و ابن‌سینا، خوردن بعضی از انواع گِل و خاک را جهت درمان‌های توصیه می‌کنند ولی گروهی دیگر مثل محمد بن اسد دوانی «خوردن آن را یک نوع حالت تباهی» برای بدن به حساب می‌آورند. از آن بالاتر این که غزالی بیان می‌کند: «گناه کردن با خوردن گل (طین) که طبیعی بدن نیست، مقایسه می‌شود»^{۶۶۴}. نیکلسون، در ترجمه مثنوی، این حدیث را بازگو می‌کند: «بسان این است که به مرگ خود کمک می‌کرد»^{۶۶۵}. از آنجایی که پزشکان ایرانی پیروان مکتب جالینوس بودند، بیشتر اطلاعات و آگاهی‌های آن‌ها درباره گِل و خاک و استفاده از آن، اقتباس شده از مدرسین یونانی، دیسکوریدیس (Discorides) و جالینوس بود. بدین سان، آن‌ها از گل‌هایی نام می‌برند که در زمان باستان شناخته شده بود، مانند گل تجارتی یا طین ارمنی که از آن برای درمان بیماری طاعون استفاده می‌شد.

⁶⁶³ Najmabadi 1353, p. 857; Jorjani 2535, p. 558; Laufer 1930, p. 152; Mo'men 1376, p. 587.

⁶⁶⁴ Asaad 1839, p. 172 (در بخش بیماری‌های روانی); Sherif 1975, p. 32.

⁶⁶⁵ Nicholson 1925-40, vol. 4/4, p. 326.

افزون بر این، طین نشابور (به نام‌های طین اکل یا طین زرد یا طین اصفر، یا طین مقلو یا اصفهانی یا خراسانی)، طین بلد مصطکی، (یا طین خیوس یا حیوس، طین اقروطون)، طین شاموس (T. de Samus)، طین قیمولیا (T. Cimol'ee)، طین مختوم (طین بحری، Terre Sigillata)، طین کرمی (ampelitis، T. de Vignes) و طین مصری. به صورت کلی، این گل‌های خوراکی با نام‌های گوناگون چون گل خوراکی، طین مأکول، طین اکل، طین مقلو، طین حر (یا طین علک) می‌نامیدند که از آن‌ها، طین نیشابور (با اسامی مشابه آن)، معروف‌ترین بود^{۶۶۶}. تاریخ نویس عرب ثعالبی (۹۶۱/۱۰۳۸)، آن نوع گل خوراکی که نزدیک نیشابور یافت می‌شد را الحقل (Al haql) می‌نامد. او گزارش می‌کند که این خاک‌ها به شکل انحصاری در نیشابور بوده و از زوزن به اقصی نقاط دنیا و مکان‌های دور و نزدیک صادر می‌شده است. در مصر و مغرب، هر رطل از این خاک، ارزش یک دینار داشت. بر طبق گفته ادیسی، در جاده‌ای که به سوی نیشابور می‌رفت، دو روز از قائن، یک گونه از گل سفید و درخشان وجود داشت که به آن (طین المحاجی) گفته می‌شد، که بسیاری آن را می‌خوردند و به همین منظور به مناطق دور دست فرستاده می‌شد.

این حقیقت توسط ابن حوقل نیز بیان شده است. او این گل را گلی سفید رنگ و با مزه‌ای قابل پسند، توصیف کرد که به شکل طبیعی و یا برشته شده، به مصرف می‌رسید. مزه‌ای شیرین داشت و به دلیل نرمی بسیار زیادش روی لب‌ها می‌نشست. از سوی دیگر، گفته می‌شد که مزه آن تا حدی شور بوده ولی با در معرض قرار گرفتن با مقابل آتش، شوری برطرف گردیده و شیرین می‌شد. بعضی از مردم آن را آسیاب می‌کردند و با گلاب و کمی کافور از آن خمیر مایه می‌ساختند و سپس آن را به شکل قرص نان یا لوح یا اشکال دیگری در می‌آوردند. تعدادی نیز آن را با مشک و کافور یا

⁶⁶⁶ Najmabadi 1353, pp. 657-60; Dekhoda q.v. tin.; `Aqili Khorasani 1355, Index; Mo'men 1376, pp. 586-89.

ماده خوشبو کننده دیگری، بودار می کردند و بدین سان چنانچه در مصرف شراب افراط کرده بودند آن را برای خوشبو کردن نفس و نیز کاستن از گرمای آن، به کار می بردند^{۶۶۷}.

استخری بیان می دارد که در منطقه کوران، نزدیک سیراف، نوعی گل خوردنی سبز رنگ، به شکل برگ های چغندر، وجود داشت که شبیه آن در هیچ جای دیگر یافت نشده بود^{۶۶۸}. خاک خوری منحصر به طبقه فقیر و پایین جامعه نبود، بلکه افرادی که از طبقات مرفه و بالای جامعه بودند به این عمل مبادرت می کردند^{۶۶۹}. حجاج، یک گماشته نظامی که زیر دست خلیفه عبدالملک (۷۰۵-۶۸۵ میلادی) خدمت می کرد، عادت به گل خوری داشت و تصمیم گرفت که خود را از این عادت رها دهد. به همین جهت با تئودوکس، پزشکی بلند آوازه، مشورت کرد تا درمان مناسب را ارائه دهد. تئودوکس به حجاج جواب داد که "خواست انسان در اراده اش نهفته است" پس از آن حجاج عادت گل خوری را ترک کرد^{۶۷۰}. از طرف دیگر، افراد برجسته گل نمی خوردند، اما نسبت به این عادت کاملاً آگاهی داشتند.

پس از مرگ یعقوب لیث، برادرش عمرولیث، جانشین او شد. گرچه سرزمین های تحت قلمروی عمرولیث به وسیله خلیفه معتمد کاهش یافته بود ولی او نیشابور را هنوز هم در اختیار داشت، یعنی جایی که او آشکارا بدین گونه ناله سر داد: سنگ هایش فیروزه، بوته هایش ریواس و خاکش خوردنی می باشد، چگونه می توانم چنین سرزمینی

⁶⁶⁷ Goebel 1863, p. 398; Laufer 1930, pp. 151-52.

⁶⁶⁸ Schwarz 1896, vol. 2, p. 77.

⁶⁶⁹ با این وجود، گوبل (Goebel) گزارش می کند که گل خواری در میان طبقه بالای جامعه کمتر متداول بود.

Goebel 1863, p. 398.

⁶⁷⁰ Leclerc 1876, vol. 1, p. 83; Laufer 1930, p. 153.

"حجاج بن یوسف معروف که یکی از بلند آوازه ترین فاتحین مسلمان این کشور بود، از عادت مضر گل خواری فوت کرد."

Binning 1858, vol. 1, p. 165.

را رها کنم^{۶۷۱}. مولوی صحبت از جوع الکلب می کند^{۶۷۲}.

در جوع الکلب، اندام‌های بدن سیرند ولی معده احساس گرسنگی دارد.

(۱) جوع کلبم را ز مطبخ‌های جان

لحظه لحظه بوی نان آید همی

(۲) گل طباشیر که خورده می شد:

در آتش عشق تو دلم سوخت به یک بار

وز بهر دوا قرص طباشیر نکردی

همچنین در معنی کلی گل چنین آمده:

گل مخور، گل را مخر، گل را مجو

زانک گل خوارست دایم زرد رو

(۳) در مورد عادت گل خواری به ویژه به وسیله زنان آبستن گفته:

گردن ز طمع خیزد، زر خواهد و خون ریزد

او عاشق گل خوردن همچون زن آبستن

با این وجود، عمل گل خوری منحصر به زن‌ها نمی‌شد. میرخواند نوشته یک نوع گل پزشکی خورده است، "در لاتین به آن ترالامینا گفته می‌شد و به عربی آن را طین یا طین مختوم می‌گفتند"^{۶۷۳}. در ایران دوران قاجار، چنین گزارش شده، "احتمالاً هیچ جای دنیا، همانند ایران، خاک خوری، به طور عام و به شکل همگانی وجود ندارد. استفاده از گل عمدتاً به عنوان ماده‌ای جهت کمک به هضم مناسب و ترشح بزاق است که در اینجا در آن افراط می‌شود"^{۶۷۴}. با این که عمل گل خوری مخصوص یک طبقه خاص از مردم نبود ولی انتخاب گل خاص، مربوط به هر طبقه می‌شد. "در ایران تنوعی

⁶⁷¹ Sykes 1969, vol. 2, p. 20.

⁶⁷² Nicholson 1925, vol. 4/3, p. 382 (دفتر دوم).

⁶⁷³ Sale et alii 1747, vol. 23, p. 187.

⁶⁷⁴ Anonymous 1894, p. 186.

از گل‌ها به عنوان خوش طمع و لوکس در میان بعضی از طبقات در نظر گرفته می‌شوند^{۶۷۵}.

دلیل این که مردم به خاک خوری روی می‌آوردند این بود که، "مزه خوب می‌داد" و از طرف دیگر "گرسنگی آن‌ها را بر طرف می‌کرد". به هر حال، بنا به گفته گوبل (Goebel)، دانشمند آلمانی که در خدمت دولت روسیه بود، خاک رس نیشابور و جلگه‌های نمکی کرمان، از کربنات منگنز و کربنات کلسیم تشکیل شده بودند. بنابراین می‌توان گفت که این نوع خاک‌ها فاقد مواد غذایی هستند ولی بعضی مواد که روی اعصاب اثر می‌کنند باشند؛ عمل و اثر آن‌ها مکانیکی است نه شیمیایی. این خاک از موجود زنده، بدون این که اثری اختلالی را بر روی مجموعه خون بدن به وجود آورند، خارج می‌شوند؛ البته مشروط به این که در خوردن آن افراط صورت نگیرد^{۶۷۶}.

پولاک گزارش کرده که ایرانیان به اندازه‌ای حس چشایی خود را تقویت کرده‌اند که می‌توانند میان گونه‌های متنوع گل، بی‌درنگ، تفاوت قائل شوند^{۶۷۷}. در حقیقت، در دوران قاجار، همانند قبل از آن، گزینه‌ای از گل‌های در دسترس وجود داشت که به روش‌های مختلفی مصرف می‌شدند. برای مثال، گزارش شده: "گل معروف نیشابور یا خام خورده می‌شود یا به طریق برشته شده و اغلب با ادویه و مواد معطر آماده می‌گردد"^{۶۷۸}. این نوع گل در قسمت‌های گوناگون خراسان یافت می‌شود. برابر گزارش پرسسی سایکس (Persy Sykes)، یک نوع گل آهن دار از غاری به نام پرده رستم که در نزدیکی روستای جمع آب دهستان چناران واقع شده بود، استخراج می‌کردند و به آن

⁶⁷⁵ Anonymous 1913. p. 11.

⁶⁷⁶ Goebel 1863, pp. 398, 405-06; Anonymous 1866, p. 83; Laufer 1930, p. 153.

⁶⁷⁷ Polak 1865, vol. 2, p. 273.

پولاک نیز به گوبل گفت خاک خوری در غرب ایران کاملاً شایع بوده است و او بسیاری از "معتادین به خاک" را در کاشان و قم می‌شناخت. کسانی که بسیار گل می‌خوردند، بسیار نحیف و زرد رنگ بودند.
Goebel 1863, p. 399.

⁶⁷⁸ *The Literary Digest* 1916, p. 1027; also in *Information Annual* 1917, p. 140.

گل ارمنی می گفتند و به مشهد انتقال می دادند و در آنجا به عنوان دارو خورده می شد.^{۶۷۹}

جدول ۶-۱: تجزیه شیمیایی گل ارمنی

۱۳/۶۴	از دست رفتن در اشتعال
۶۷/۵۷	سیلیکات
۵/۷۶	اکسید آهن
۷/۸۷	آلومینیوم
۲/۷۶	آهک
۰/۹۸	اکسید منیزیم
۰/۶۷	پتاس
۰/۵۶	سودا
۰/۰۶	اسید سولفوریک
۰/۱۱	ان هیدرات فسفر
۱۰۰	جمع

Anonymous 1908, p. 70.

به طور ویژه، این نوع خاک توسط زنان باردار خورده می شد. به این اشتباهی زنان باردار، وهم، تاس و وبار گفته می شود. زنان به هنگام وبار، از گل هایی مثل گل ارمنی، گل محلاتی یا طباشیر قمی، سنگ سلیسیوس، همچین طباشیر هندی، طریاق، زغال، برنج خام و یک نوع کائولینیت زنجانی به نام گل داغستانی (که در داغستان یافت می شد)، مصرف می کردند.

گل داغستانی در سرتاسر ایران تجارت می شد.^{۶۸۰} از این جهت، خاک قابل خوردن،

⁶⁷⁹ Sykes 1911, p. 4; Anonymous 1908, p. 70.

⁶⁸⁰ Schlimmer 1970, pp. 46-47, 57, 509; Goebel 1863, pp. 397-98, 400

(در عین حال، او گل خوردنی را نزد عطرهاى بیرجندی نیافت).

یکی از اقلام تجارتي مهم محسوب می‌گردید و در بازارهای اکثر شهرهای ایران به فروش می‌رسید. گذشته از گل معروف نیشابور، دو نوع دیگر خاک خوراکی به شکل ویژه‌ای مشهور بودند. گوبل، یکی از آن‌ها را از نمک‌زارهای جنوبی ایران، کرمان، آورد. گلی به نام گل‌گیو که مملو از کلراید منیزیم و آهک است. هر دو به عنوان مخمر و یا غذا مورد استفاده قرار می‌گرفتند^{۶۸۱}. یکی دیگر از آن‌ها "گل سفید عجیبی است که نزدیکی‌های قم یافت می‌گردد و به وسیله مردم خورده می‌شود"^{۶۸۲}. این گل به نام گل محلاتی معروف است. هر دو نوع گل توسط گوبل مورد تجزیه و تحلیل و توصیف قرار گرفتند^{۶۸۳}.

همچنین گزارش شد که مردم "حبه‌هایی از خاک سرزمین سومر و نوعی گل به رنگ خاکستری از کوره‌های محلات" می‌خورند که احتمالاً همین نوع گل است^{۶۸۴}. شلیمر گزارش کرده که در محلات دو نوع از این گل وجود دارد به نام‌های هالوسیت (Halloysite) و اوراسیت (Orawisite) که از دو مکان متفاوت محلات، نزدیک به روستاهایی به نام‌های ده بالا و ده پایین از دو محور حفاری شده متفاوت، به دست می‌آمدند. گل هالوسیت که رنگ آن سفید مایل به آبی بود نسبت به گل دیگر یعنی اوراسیت که دارای رنگ زرد و اغلب مرمری مانند بود، کمتر مورد پسند واقع می‌شد. با وجود این گونه تفاوت‌ها، هر دوی آن‌ها بدون تمایز، به فروش می‌رفتند. هر دوی آن‌ها به عنوان گل محلاتی شناخته می‌شدند.

⁶⁸¹ The Literary Digest 1916, p. 1027; Information Annual 1917, p. 140.

این واژه توسط گوبل با عنوان "گل گیوه" نوشته شده است.

Goebel 1863, p. 400.

⁶⁸² Anonymous 1898, p. 212.

⁶⁸³ Goebel 1863, p. 400. On pp. 403-07

گوبل، تجزیه و تحلیل شیمیایی گل‌ها را ارائه می‌دهد (نیز بنگرید جدول این فصل).

⁶⁸⁴ Goebel 1863, p. 402,

که مشاهده می‌نماید یک گل خیلی خوب برای ظروف چینی است و سودآورتر است که مواد
سرامیکی را با آن درست کرد تا این که آن را خورد؛ Bush 1975, p. 55.

در تهران این به گل، گل محلاتی و در اصفهان طباشیر قمی می گفتند. در عین حال، این ها یکی از خوراک های لذیذ گل خورها در ایران محسوب می شدند^{۶۸۵}.

جدول ۶-۲: تجزیة شیمیایی از دو قبه (مشت) گل کرمان (گل گیوه)

۲۳/۵۰۰	۱۴/۶۸۰	بی کربنات کلسیم
۶۸/۷۵۷	۷۸/۱۶۲	کربنات منیزیم
۲/۹۸۵	۱/۳۸۵	هیدرات منیزیم
۱/۹۴۶	۱/۷۷۳	کلرید سدیم
-	۰/۳۱۴	سولفات سدیم
۲/۸۱۲	۳/۳۰۸	آب
۱۰۰/۰۰۰	۹۹/۶۱۵	جمع

Goebel 1863, p. 403.

چندین نوع گل و خاک وجود داشت که توسط مردم خورده می شدند. برابر گزارش بنینگ (Benning) که در سال ۱۸۵۰ در ایران مسافرت می کرد: "در بعضی مناطق کشور، یک نوع گل مایل به قرمز که دارای مزه ای شیرین و کمی اسیدی است، یافت می شود. تعدادی از افراد نادان و بی احتیاط، با شور و علاقه، مایل به خوردن آن هستند. این مورد بی همتایی است که چنین رسمی در بعضی از جاهای امریکا مثل جرجیا و کارولینا نیز یافت می شود، و چنین گلی نیز در آنجا می توان پیدا کرد"^{۶۸۶}.
نوع دیگری به نام گل سرشوی وجود داشت^{۶۸۷}. این ماده خاکی صابون مانند که به واژه بومی به آن، چونیا، می گفتند، از دریاچه ای نه خیلی دور از هالا (Halla) نیز به دست

⁶⁸⁵ Schlimmer 1970, p. 309. The usual meaning of tabashir is:

دوایی است که از جوف نی هندی به هم رسد. یا آن خاکستر بیخ نی است.

⁶⁸⁶ Binning 1857, vol. 1, p. 165.

⁶⁸⁷ Hooper and Mann 1905, p. 250.

می آید. به صورت عمده توسط زنان سند خورده می شود^{۶۸۸}. سنگ بصره نیز از بصره و از طریق خلیج فارس صادر می شد و سودمندی آن داشتن آهن بود و در مورد قاعدگی های نامنظم، در ترکیبات مقوی، استفاده می شد^{۶۸۹}. طبق گفته آنسیلی (W. Ansilie) این نوع سنگ، از خلیج فارس به هند آورده می شد و حکیمان آسام آن را به عنوان داروی قابض در رفع اسهال های طولانی تجویز می کردند و اثرات چشم گیری در رفع اخلاط در موارد تب های بدخیم داشت. طبق بیان آنسیلی، مواد تشکیل دهنده آن شامل سیلیکات ۴۷ درصد، آلومینیوم ۱۹ درصد، منگنز ۶/۲۰ درصد، آهن ۵/۴۰ درصد، آهن ۵/۴۰ و آب ۷/۵ درصد بود^{۶۹۰}.

مانند نقاط دیگر جهان (که خاک جزئی از داروهای پزشکان نبود) خاک با پنداشت وجود نیروهای شفابخش موهبت شده مذهبی در آن، مصرف می شد. اعتقاد داشتند که خاک و گردوغبار اطراف مقابر افراد پاکدامن، شفابخش و مقدس است. بنابراین، این خاک را با دقت و ظرافت خاصی جارو می زدند و آن ها را در مقادیر بسیار کم، به زوار می فروختند. این گرد و غبارها برای مداوای سوختگی و دیگر آماس ها و زخم ها و بسیاری از موارد دیگر، مورد استفاده قرار می گرفتند^{۶۹۱}. عین السلطنه در یادداشت های روزانه خودش نوشت: "من قم را به قصد تهران ترک کردم، در همان حال تب نوبه (مالاریا) داشتم و به شدت می لرزیدم"، بنابراین از دواي زنانه، آب دوا، غبار بارگاه امام پنجم (ع) همراه با آبی که روی قفل ضریح ریخته شده بود (آب قفل) و قرصی که از گردوغبار ضریح حضرت معصومه (ع) درست شده است، مصرف کردم. این نوع معالجه کمک نمود زیرا حال او مقداری بهتر شد^{۶۹۲}. اعتقاد بر این بود که نه تنها غبار مقبره های

⁶⁸⁸ Wood 1872, p. 19.

⁶⁸⁹ Hooper and Mann 1905, p. 267.

⁶⁹⁰ Ainslie 1826, vol. 1, p. 43.

⁶⁹¹ Donaldson 1938, pp. 67, 205-06.

⁶⁹² Eyn al-Saltaneh 1367, vol. 1, p. 312; Feuvrier 1900, p. 71

(پزشکان سلطنتی خاک مقبره امام حسین (ع) را برای درمان اسهال ناصرالدین شاه تجویز کردند.)
Aubin 1908, p. 313.

مقدسین بلکه غبار وجود افراد صاحب احترام و کرامت که زنده هستند نیز نیروهای شفابخش دارند. پرکینز (Perkins) در سال‌های ۱۸۳۰، مشاهده نمود که در تبریز "آیت اله عظمی آنجا به اندازه‌ای نزد مردم، صاحب احترام و تکریم بود که گرد و خاک گام‌های او را جمع آوری می‌شد و به عنوان دارو برای شفای افراد مریض، تجویز می‌کردند" ۶۹۳.

در اولین بخش قرن بیستم، عادت گل خواری در سراسر سرزمین ایران گسترده شده بود. این عادت به علاقه و اشتیاق در میان مردم تبدیل شده بود و مردم مقدار چشم‌گیری از گل را می‌بلعیدند. این عادت در هر دو جنس، مرد و زن به ویژه در میان زنان، گسترش یافت اما گفته می‌شود که عادت گل خوری محدود به افراد عادی می‌شد و در میان طبقات بهتر جامعه نادر بود و در خوردن آن محدودیت ایجاد می‌کردند ۶۹۴. به ویژه، زن‌ها در زمان بارداری بیشتر به گل خواری روی می‌آوردند. در نیمه دوم قرن نوزدهم، پزشکان ایرانی توضیح دادند که این حالت به خصوص در میان زنان جوان، به منظور برطرف کردن کرم‌های روده‌ای بوده، ولی این گفته تاکنون اثبات نشده است.

در میان بچه‌های جوان، گل خواری "به ویژه اغلب به دلیل کرم‌های روده‌ای است که در این مورد ضد کرم نرم، به دوزهای کوچک طی زمان طولانی داده می‌شود و در همان زمان شراب ترش کرده آن اشتهای را پایان خواهد داد. اگر گل خوری همراه با تظاهرات و نشانه‌هایی از آمادگی به خنازیر باشد، درمان مشکل است در این صورت، فرد جوان به شکل بارزی کاملاً دچار ضعف و سوءهاضمه شدید می‌شود. استفاده از مقادیر کم قی آور تارتار (Antimony Potassium Tartrate) که در فواصل ۸ تا ۱۰ روز تکرار می‌گردد، گاهی اوقات، ولی نه همیشه، مفید بوده است" ۶۹۵.

⁶⁹³ Perkins 1843, p. 151.

⁶⁹⁴ Laufer 1930, p. 104.

⁶⁹⁵ Schlimmer 1970, pp. 299-300.

حدود سال ۱۹۰۵، دولوری (Eustache de Lory)، سیاستمدار فرانسوی مقیم تهران، خدمتکاری محمد نام را استخدام کرد. این خدمتکار می باید از مشهد به تهران می آمد. از آنجایی که پولی برای مسافرت در دست نداشت، چارودار فقیری را پیدا کرده بود که به او اجازه داد که در کنارش روی درشکه اش بنشیند، مشروط به این که او مواظب اسب هایش باشد. اما او باید خود نگران غذای خودش باشد. "از این رو، محمد مجبور شد که در طی سفر، به منظور فرونشاندن عطش گرسنگی خود، بیش از یک بار، گل خوری کند"^{۶۹۶}. در گزارش اروپایی ها، نسبت به خاک خوری، دید منفی نشان داده شده است. "مهلک است: گل خور همیشه لانگر، رنجور و مریض احوال می شود؛ اما اگر عادت شکل گرفته شده باشد، ترک آن بسیار شاق و طاقت فرسا است، و بعضی نیز خود را با آن می کشند"^{۶۹۷}. شاید دلیل آن این واقعیت بود که گل خورها با لاغری و زردی چهره خاک مانند خود متمایز می شدند.

در ۱۹۱۰، یانگ (Dr. Young) پزشک شرکت نفت ایران - انگلیس در خوزستان، بیماری را دید که دچار سوءهاضمه بود و تنها چیزی که به نظر می آمد موجب این بیماری شده بود، خاک خوری در مقادیر زیاد بود که به مدت دو سال انجام می داد. او مثل یک مرده متحرک، زرد و رنگ پریده به نظر می آمد. یانگ، تنها کاری که برای او توانست انجام بدهد، تسکین موقتی بود^{۶۹۸}.

باور بر این بود که ترک عادت بسیار دشوار می بوده است، عادت به گل خوری تا نیمه دوم قرن بیستم، به شکل یک عمل گسترده، هنوز هم در حال انجام بود. در دهه ۱۹۶۰، "گل خوری در میان زنان در هنگامی که حامله بودند و همچنین بچه های

⁶⁹⁶ Eustache de Lorey 1907, p. 29.

⁶⁹⁷ Binning 1857, vol. 1, p. 165.

برای تصویری از چهار مرد با رشد و نموی ناکافی که تمام زندگی خود گل خورده بودند، بنگرید Strain et alii, 1975, p. 99.

⁶⁹⁸ Landon 1909, p. 12054.

روستایی، متداول بود. در یک روستا، از ۱۷۵ نفر از ساکنین آن که زیر ۲۰ سال بودند، ۱۰ درصد گل خوری می‌کردند^{۶۹۹}.

توصیف موردی از یک بیمار که با غذایی عمدتاً از نان و سبزیجات، بدون مواد پروتئینی زندگی می‌کرد و روزانه حدود نیم کیلو گل می‌خورد، یک رخداد شایع در اطراف شیراز محسوب می‌گردید^{۷۰۰}. تعدادی از پژوهشگران دریافته‌اند که بچه‌های ایرانی گل‌خور، "دارای سندرم کمبود روی می‌باشند که شامل نشانه‌هایی از کم‌خونی و کم شدن فعالیت گنادهای جنسی، بزرگی کبد و طحال، تغییرات پوستی و عقب ماندگی ذهنی و رشدی می‌باشد"^{۷۰۱}. رونقی (Ronaghy) دریافت که به دلیل کمبود روی، کوتاه قدی تغذیه‌ای در روستاها متداول است^{۷۰۲}. ممکن است در موارد شدید بیماری‌های کرم قلاب‌دار، که هم‌اکنون علت اصلی و مهم کم‌خونی در نظر گرفته می‌شود، اشتیاق فراوان به خوردن خاک و سنگ آهک را نشان دهد^{۷۰۳}.

در دهه ۱۹۷۰، در روستاهای اطراف شیراز در میان افرادی که از فقر غذایی و تغذیه‌ای در رنج بودند، گل‌خوری با کمبود روی و آهن، تأخیر در بلوغ جنسی، کوتاه قدی، بیماری بزرگی کبد و طحال و تأخیر در رشد سنی استخوان همراه بوده است^{۷۰۴}. از طرف دیگر، دیده شده که خاک خوری "یکی از شیوه‌های طبیعی برای حفاظت معده در برابر پاتوژن‌ها (عوامل میکروبی) است. پس از بررسی ۴۸۰ گزارش و تجزیه و تحلیل نظریاتی که خاک خوری ناشی از گرسنگی بوده و هدف به دست آوردن مواد تغذیه‌ای موجود در خاک هم‌چون آهن، روی و کلسیم است، پژوهشگران به این نتیجه

⁶⁹⁹ *Acta Biochimica Iranica* 1969, p. 63.

⁷⁰⁰ Prasad 2009, pp. 81-89.

⁷⁰¹ Rink & Gabriel 2001, p. 181 (quoting Prasad, A..S., Miaie Ajr, Farid Z., Schultert A., Sandstead H.H. 1963, "Zinc metabolism in patients with the syndrom of iron deficiency, hypogonadism and dwarfism," *J. Lab Clin Med* 83, pp. 537-49).

⁷⁰² Ronaghy 1982, p. 438

⁷⁰³ Gibson 1901, vol. 1, p. 549.

⁷⁰⁴ Misconi and Navi 2010, p. 168.

رسیدند که حفاظت در مقابل عوامل بیماری زا نیز در داده‌ها تکرار گردیده است. بررسی نشان می‌دهد که گل خوری عمدتاً در زنانی که در اوایل مراحل بارداری هستند و همچنین در بچه‌ها، پیش از بلوغ، یافت می‌شود. این هر دو گروه نسبت به پاتوژن‌ها حساس هستند^{۷۰۵}. عمل گل خوری تنها مربوط به مناطق روستایی نبود. در دهه ۱۹۷۰، گلی از دریاچه ارومیه به دست می‌آمد به نام گل بوهیری، ساکنین اطراف دریاچه، از آن استفاده می‌کردند و در همان مدت نیز این گل به اطراف و اکناف ایران، از جمله تهران، برده می‌شد و برای مداوای بعضی از امراض به کار می‌بردند^{۷۰۶}. خاک خوری، در ایران، تا زمان حال نیز ادامه دارد. در نوشته‌های قرن ۲۱ ایران، خاک خوری به ویژه در پیوند با زنان حامله و پیکا (جوع کلبی) وجود دارد^{۷۰۷}.

در این ارتباط جالب اینجاست که اشاره شود در پزشکی مدرن، گاهی اوقات از آهن جهت مداوای ویار، به کار می‌رود^{۷۰۸}. جالب تر این که اشاره شده که سلیس سفت شده طباشیر هندی نیز هم اکنون، به عنوان گیاهی لاغر کننده، به مشتریان ایرانی فروخته می‌شود.

مصارف دیگر خاک

خاک به عنوان جایگزین صابون نیز به کار می‌رفت و اغلب با مواد خوشبو کننده مخلوط می‌شد^{۷۰۹}. ”نوعی گل چرب و بسیار نرم که ایرانیان با اسانس گل‌های سرخ

⁷⁰⁵ Young et al., 2011, p. 109.

⁷⁰⁶ Najmabadi 1353, pp. 857-58; Dehkhoda q.v..

^{۷۰۷} به طور مثال ببینید

<http://www.salamatnews.com/news/22121>

⁷⁰⁸ Young 2011, pp. 105, 142

(این سینا نوشته است: ”ویار گل خوری شامل آهن خیسانده شده در شراب ناب و صاف شده که از استوانه بقراطی گذارنده شده باشد، نیز می‌شود“.)

⁷⁰⁹ The Edinburgh Literary Journal, January 1831-June 1831 (Edinburgh, 1831), p. 38.

معطر می‌کنند و در حمام به جای صابون به کار می‌برند.^{۷۱۰} به قول شاردن (Chardin)، این نوع گل خوشبو به وفور در ایران مورد استفاده قرار می‌گرفت.^{۷۱۰} خصوصاً زن‌ها آن را به عنوان ماده‌ای شستشو دهنده برای سرهای خود استفاده می‌کردند. این گل، گل سرشوی (طین پرسی) نامیده می‌شد^{۷۱۱}. در مورد این گل، سعدی در گلستان چنین می‌گوید:

گلی خوشبوی در حمام روزی
رسید از دست محبوبی به دستم
بدو گفتم که مُشکی یا عنبری
که از بوی دل آویز تو مستم
بگفتا من گلی ناچیز بودم
و لیکن مدتی با گل نشستم
کمال همنشین در من اثر کرد
و گرنه من همان خاکم که هستم

به همین ترتیب، خاک در غذا نیز به کار می‌رفت. در سال‌های ۱۹۸۰-۱۹۷۹، برداشت محصول بد، در شمال غرب ایران، موجب کمیابی غلات شد و خشکسالی بعدی موجب قحطی گردید. نان‌وایان متقلب بودند و آرد را با سبوس همراه با پوست بادام و گل مخلوط کرده و آن را تا حد زیادی برای خوردن نامناسب می‌کردند^{۷۱۲}. با این وجود، گل کاربرد کمتر نابکارانه‌ای دیگر نیز داشت، در حقیقت اثری مثبت بر ساخت نان برجای می‌گذاشت. "خاک خوردنی از جلگه‌های نمکی جنوبی ایران به دست می‌آید. این خاک از کلوخه‌هایی سفید، یا در اینجا و آنجا، به رنگ خاکستری مانند به

⁷¹⁰ Chardin 1927, p. 164.

⁷¹¹ Najmabadi 1353, pp. 859.

⁷¹² Wilson 1898, p. 91. بنگرید Floor 2015 پیرامون تقلب نان در شکل عمومی، بنگرید.

اندازه‌های فندق تا سیب است که در آب تبدیل به گلی آبکی می‌شود و در اسیدهای رقیق، برای نمونه این کلوخ‌ها در سرکه، حل شده و اسید کربنیک فراوانی از آن آزاد می‌شود. این خاک نیز با آرد یا غذا مخلوط می‌شود و در طبخ غذا، نقش منبع اسید کربنیک را بازی می‌کند. تماس با خمیر ترش موجب بالا آمدن خمیر می‌شود و بنابراین به خاطر داشتن اکسید منیزیم طبیعی که عملکرد آن از مدت‌ها پیش شناخته شده بود، نقش تغذیه‌ای بازی می‌کند^{۷۱۳}. در حقیقت، این نوع خاک خوردنی تنها برای ساخت نان به کار برده نمی‌شد. "در ایران، خاک در ساخت بعضی از حلویات و شیرینی مورد استفاده قرار می‌گیرد"^{۷۱۴}. بدین سان، خاک و گِل خوری نیز توسط افراد بالای جامعه و فرهیختگان، به طور مستقیم و هم غیرمستقیم، انجام می‌شد.

کتابشناسی

Acta Biochimica Iranica 1969. vols. 6-9.

Ainslie, W. 1826. *Materia Indica*, 2 vols. London.

Anonymous 1866. "Earth Eaters," *The Druggists' Circular and Chemical Gazette* (New York), vol. 10, p. 83.

_____, 1894. *Around the World- Contribution to a Knowledge of the Earth and Its Inhabitants*, vol. 1, New York- Philadelphia.

_____, 1898. "The Mineral Resources of Persia," in *The Chemical Trade Journal*, October 1, p. 212.

Anonymous 1900, "Geophagy," *Georgia Journal of Medicine and Surgery*. 7/2 (1900), p. 104.

_____, 1907. "About Dirt Eaters," *The National Druggist*, vol. 37/April. St. Louis: Henry R. Strong, p. 143.

⁷¹³ Anonymous 1907, p. 143; Goebel 1863, p. 400.

⁷¹⁴ Anonymous 1900, p. 104.

- _____, 1908 "Edible Earth," *The Lancet*, 04 July, p. 70.
- _____, 1913. "Clay as a food good for some," in *American Clay Magazine* 8/1, p. 11.
- `Aqili Khorasani 1355. *Makhzan al-Adviyeh*. Tehran.
- Asaad, Fakir Jaany Muhammad 1839. *Practical Philosophy of the Muhammadan People, being a translation of Akhlak-i Jalaly* by W.F. Thompson. London.
- Aubin, Eugène 1908. *La Perse d'aujourd'hui*. Paris: Armand Colin.
- Binning, Robert B.M. 1857. *A Journal of a Two Years' Travel in Persia, Ceylon, etc.* 2 vols. London: Wm. H. Allen and Co.
- Bush, Ava 1975. "Geogaphy in this generation," in Abernethy, Francis Edward. *Some Still Do: Essays on Texas Customs*. Austin, Texas. p. 55
- Chardin, Sir John 1927, *Travels in Persia*. London: Argonaut Press.
- Dekhoda, *Loghatnameh*.
- Donaldson, Bess Allen 1938. *The Wild Rue*. London: Luzac.
- de Lorey, Eustache and Sladen, Douglas 1907. *Queer Things about Persia*. Philadelphia: J.B. Lippincot Co.
- `Eyn al-Saltaneh, 1374/1995. *Ruznameh-ye Khaterat*. 10 vols. Tehran.
- Feuvrier, J.B. 1900. *Trois ans à la Cour de Perse*. Paris: F. Juven.
- Floor, Willem 2015. *The History of Bread in Iran*. Washington DC: MAGE.
- Gibson, George Alexander 1901. *Practice of medicine*. 2 vols. Philadelphia: Lippincott.
- Goebel, Adolf 1863. "Sur la coutume qui existe en Perse demanger certains substances argilleuses et calcaires, avec l'analyse chimique de deux de ces minerales." *Bull. Acad. Sci. St. Pétersburg* vol. 5, pp. 398-407. [The table of contents gives a title in French, while the actual article is in German with the title: "Über das Erde-essen in Persien, mineralogisch-chemische Untersuchung zweier dergleichen zum Genuss verwendender Substanzen."]
- Hooper, David and Mann, Harold H. 1905. "Earth-Eating and Earth-Eating Habit in India," *Memoirs of the Asiatic Society of Bengal*, I/12, pp. 249-70.
- Information Annual* 1917, p. 140.
- Jorjani, Esmā'il b. Hasan 2535. *Dhakhireh-e Khvarezmshahi*. ed. Sa'idi Sirjani. Tehran.

- Kargar, Dariush 2009. *Ardāy-Vīrāf Nāma, Iranian Conceptions of the Other World*, Studia Iranica Upsaliensia 14, Uppsala, 2009.
- Landon, Perceval 1909. "Through Persia to a New Oil Field," *The World's Work*, pp. 12046-55.
- Laufer, Berthold 1930. *Geophagy. Anthropological Series*, vol. 18. Chicago: Field Museum of Natural History no. 280.
- Leclerc, L. 1876. *Histoire de la médecine arabe*, 2 vols. Paris: Leloux.
- Misconi, Humam and Navi, Maryam 2010. "Medical Geology in the Middle East", in *Medical Geology: A Regional Synthesis*. Dordrecht 2010; edited by Olle Selinus, Robert B. Finkelman, Jose A. Centeno, pp. 135-74.
- Mo'men Hoseyni, Mohammad 1376/1997. *Tohfāt-e Hakim Mo'men*. Tehran: Mahmudi.
- Najmabadi, Mahmud 1353. *Tarikh-e tebb dar Iran pas az Eslām*. Tehran: Daneshgah.
- Nicholson, R. A. tr. and ed. 1925-40. *The Mathnawi of Jalalu'ddin Rumi*. 8 vols. London/Leiden: Luzac-Brill.
- Perkins, Justin. 1843. *A Residence of Eight Years in Persia among the Nestorian Christians*. Andover: Allen, Morrill & Wardwell.
- Polak J.E. 1865, *Persien und seine Bewohner*. 2 vols., Leipzig.
- Prasad, Ananda S. 2009. "The Discovery of Human Zinc Deficiency," in: Jeremy M. MacClancy, C.J.K. Henry, MacBeth, Helen eds., *Consuming the Inedible: Neglected Dimensions of Food Choice*. New York-Oxford, pp. 81-89.
- Rink, Lothar & Gabriel, Philip 2013. "Extracellular and immunological actions of zinc," in Maret W. ed. 2001. *Zinc Biochemistry, Physiology, and Homeostasis: Recent Insights and Current Trends*. Dordrecht.
- Ronaghy, Hossain A. 1982. "Zinc-Deficient Dwarfing," in: *Adverse Effects of Foods*. New York, edited by E. F. Jelliffe and Derrick B. Jelliffe p. 438.
- Sale, George et alii, 1747-68. *An Universal History, from the Earliest Account of Time*. 65 vols. London
- Schlimmer, Joh. L. 1970. *Terminologie Medico-Pharmaceutique*. Tehran: Daneshgah.
- Schwarz, Paul 1896-1936. *Iran im Mittelalter nach den Arabischen Geographien*. 9 vols. Leipzig: Harrassowitz [reprint Frankfurt 1993]
- Sherif, Mohamed Ahmed 1975. *Ghazzali's Theory of Virtue*. New York:

SUNY.

Strain, William H. et alii, 1975. "Therapies for environmental element deficiencies and toxic excesses," in: *Trace Element Geochemistry in Health and Disease*, Issues 154-156, edited by Jacob Freedman, special issue 155. Boulder: Geological Society of America, 1975, p. 83-105.

Sykes, Percy M. 1911. Sixth Journey in Persia," *The Geographical Journal* 37 (January), pp. 3-19 and 149-165.

_____, 1969. *A History of Persia*, 2 vols., London: Routledge.

The Literary Digest 1916. vol. 53, Part 2 (21 October), p. 1027.

Tydemann, Edmund 1899. "Behind the bars," *Popular Science*, vol. 33, December (New York), pp. 272-75.

Wilson, S.G. 1896. *Persia: Western Mission*. Philadelphia: Presbyterian Board of Publication.

Wood, John. 1872. *Journey to the Source of the River Oxus*. Oxford: Oxford UP.

Young, Sera L. *Craving Earth: Understanding Pica: the Urge to Eat Clay, Starch, Ice, and Chalk*. New York: Columbia UP.

Young, Sera et alii. 2011. "Why on Earth? Evaluating Hypotheses About the Physiological Function of Human Geophagy," *The Quarterly Review of Biology*, 86/2, pp. 97-120.

Ziegler, J. 1997. "Geophagia: a vestige of paleonutrition?" *Tropical Medicine and International Health* 2/7, pp. 609-611.

فصل هفتم

نخستین گام‌ها به سوی خدمات دامپزشکی در ایران

مترجم: دکتر ایرج نبی‌پور

اطلاعات اندکی دربارهٔ بیماری‌هایی که جمعیت جانوری ایران را، در دورهٔ قاجار، آفت زده کرده بود، وجود دارد. دو بیماری عمده که اطلاعاتی دربارهٔ آن‌ها وجود دارد، بیماری سیاه زخم و طاعون گاوی (گاومرگی) است. این بیماری‌های جانوری بر روی اندازهٔ گله‌ها، تعداد گاوهای نرکاری، و در نتیجه به ویژه کیفیت زندگی روستاییان و اقتصاد به صورت عمومی اثر کاهشی داشتند. در قسمتی از بخش‌های ایران "سیاه زخم طیّی اواخر تابستان و ماه پاییز شایع بود و بر احشام، اسب‌ها، الاغ‌ها، گوسفندان و بزها اثر می‌گذاشت . . . سورا (Surra) یا بیماری وابستهٔ نزدیک که توسط تریپانوزوم (*Trypanosome*) ایجاد می‌شود و شبیه انگل سورا است، در سرتاسر سیستان یافت می‌شود. چنین تصور می‌شود که این بیماری با گزش یک گونه (خر مگس) که به تعداد زیادی در طیّی ماه‌های گرم سال یافت می‌شوند، انتشار می‌یابد"^{۷۱۵}.

اما طاعون گاوی، بیماری حیوانی بود که بیشترین اثر منفی‌ای را بر زندگی روستاییان به دلیل ایجاد میزان مرگ و میر بالای حیوانات، بر جای می‌گذاشت. میرزا ابراهیم و ادوارد پولاک (Edward Polack)، متوجه شدند که طاعون گاوی، انتشار گسترده‌ای دارد و اغلب تمام احشام را در یک ناحیه نابود می‌کند^{۷۱۶}. نه تنها از دست دادن حیوانات، بلکه لاشه حیوانات مرده نیز زیان فراوانی بر کیفیت زندگی مردم (از دست دادن کار، بوی تعفن) و سلامت عمومی موجب می‌شدند زیرا "طیّی طاعون احشام در درّه‌های بالا (ساوجبلاغ)، لاشه‌های حیوانات به درون رودخانه، به عنوان ساده‌ترین

⁷¹⁵ DCR 3970, Report for the Year Ending February 18, 1907 on the Trade of the Provinces of Sistan and Kain (London, 1908), p. 13; Zarrabi 1342, p. 273; Adamec 1976, vol. 2, pp. 317-24.

⁷¹⁶ Anonymous 1355, pp. 209, 213; Polak 1865, vol. 2, p. 98.

راه رهایی از آن‌ها، انداخته می‌شدند^{۷۱۷}.

از دست دادن مال نیز جنبه دیگر مشکل بود زیرا فروش حیوان کاری برای تضمین برداشت (محصول) بعدی، مهم‌ترین و گرانبهارترین سرمایه‌گذاری مالکین احشام بود. هزینه این سرمایه‌گذاری‌ها متنوع بود ولی قیمت یک حیوان کاری قابل ملاحظه به حساب می‌آمد. این تنوع قیمتی با عواملی هم چون سن، کارایی، سلامت حیوان و مسلماً، میزان عرضه و تقاضا تعیین می‌شد^{۷۱۸}. دامپزشکان ایرانی در دوره قاجار، به خوبی، پیرامون بیماری‌های اعضای خاص حیوانات و حتی درباره زخم‌ها و همه انواع جراحات مطلع بودند. شیوه‌های درمان، سنتی بودند، مانند داروهایی ساختگی از مواد معدنی، رستنی‌ها و مواد حیوانی و شیوه‌های جراحی باستانی. هر چند که تجربه عملی خوبی در ایران با حیوانات گوناگون و بیماری‌های آن‌ها وجود داشت، اما کتاب‌های نوشته شده پیرامون بیماری‌های حیوانات عمدتاً به اسب‌ها و پرندگان شکاری، تیره بازها، محدود می‌شد^{۷۱۹}.

به شکل استثناء، در فارس نامه، با نویسنده ناشناس (احتمالاً تاریخ نگارش پیش از هجوم مغول)، نویسنده در مورد بیماری‌های اسب بحث می‌کند ولی در عین حال به، پیرامون طاعون گاوی در احشام و اسب‌ها نیز پرداخته است^{۷۲۰}.

میزان نیاز به دامپزشکان تربیت شده از این واقعیت آشکار می‌شود که پزشکان میسیونری گزارش کردند که گرچه هیچ چیز از جراحی دامپزشکی نمی‌دانستند، هر سال بیمارستان آن‌ها با انواع و اقسام حیوانات مراجعه داشتند.

”در دو مورد در سال گذشته (۱۹۳۱)، شترها را برای معالجه آوردند و در

زمانی دیگر نیز یک اسب زیبا و دوباره یک گاو و در نهایت یک شامپانزه تربیت

⁷¹⁷ Wilson 1895, p. 99.

⁷¹⁸ Floor 2003, pp. 542-59.

⁷¹⁹ Shaki et al. 1993.

⁷²⁰ Gerdfaramarzi 1366, pp. 22, 80, 82-83, 98-99 and index.

شده را به شکل منظم، طی چندین هفته آوردند. فرد ممکن است بخندد در زمانی که حیوان را به حالت بحرانی به دواخانه می‌آوردند ولی این موارد برای مالکین آن‌ها واقعی و جدی هستند زیرا اغلب این حیوانات تنها وسیله حمایت از خانواده آن‌ها بوده و اگر بمیرند خانواده گرفتار می‌شود. از جانب یک شتر و یا حتی یک شامپانزه خطری بزرگ وجود ندارد ولی هنگامی که آن‌ها بیمار می‌شوند، مانند انسان‌ها، اغلب تحریک پذیر می‌شوند و از این رو، ما معمولاً آن‌ها را سبک می‌بندیم تا بتوانیم مورد معاینه قرار دهیم. گاهی ما می‌توانیم مقداری کمک کنیم ولی اغلب با وضعیتی در فراتر از توان و مهارت خود رو به رو می‌شویم.^{۷۲۱}

نخستین دامپزشک غربی که در ایران کار کرد کاره (Carre) فرانسوی همکار آلکساندر یرسین (Alexander Yersin) بود. یرسین کاشف باسیل طاعون خیارکی در انستیتو پاستور آنام (Annam) در هند و چین فرانسه بود. کاره استخدام شده بود که از حیوانات اصطبل‌های سلطنتی مواظبت کند و زمانی نیز علوم دامپزشکی را در مدرسه فلاحه مظفری آموزش داد. در زمان محمد علی شاه (سلطنت ۱۹۰۹-۱۹۰۷) دو مأمور دامپزشکی روس در تیب قزاق استخدام شدند و از این زمان آن‌ها اولین دوره‌های رسمی علوم دامپزشکی را در ایران سازماندهی کردند.^{۷۲۲} در سال ۱۹۱۴، دو دامپزشک و یک نعل‌بند از سوئد به ایران آمدند. آن‌ها در خدمت ژاندارمری سوئد بودند و جدا از مواظبت از اسب‌های ژاندارمری، اولین مدرسه دامپزشکی را گشایش نمودند و یک دوره دو ساله را برقرار کردند؛ چهار دوره کامل برگزار گردید ولی در سال ۱۹۲۴،

^{۷۲۱} هفدهمین گزارش سالانه بیمارستان مسیحیان آمریکایی مشهد، ایران ۱ جولای ۱۹۳۰ - ۳۰ ژوئن ۱۹۳۲، صفحه ۱۱

برای یادداشت دامپزشکی بر روی شرایط خراسان و سیستان، بنگرید

IOR/L/MIL/17/15/7, 'Military report on Persia Volume I 1930', pp. 107-09.

^{۷۲۲} Schneider 1911, p. 28; Barafрукhteh 1322, pp. 3765-68; Shaki et al. 1993.

مدرسه بسته شد. طی همین دوره، خدمات دامپزشکی ارتش بر پایه‌ای مدرن استوار شد.^{۷۲۳} ارتش بریتانیا که در طی جنگ جهانی اول در ایران عملیات داشت و همچنین پلیس جنوب ایران (SPR)، دارای خدمات دامپزشکی با حضور افسران دامپزشک بودند. تفنگداران جنوب ایران نیز بیمارستان‌های دامپزشکی در کرمان و شیراز داشتند.^{۷۲۴} گرچه در گذشته، طاعون گاوی در موارد فراوانی روی داده بود، دولت ایران هنوز مانده بود تا سیاست برخورد با رخداد این بیماری توان فرسا را توسعه دهد. برای اولین بار در سال ۱۹۱۹، توجه هدفمند و متمرکز جهت رخداد عمده طاعون گاوی گذشته شد. این احتمالاً به عنوان پیامد توافق نامه ایران و بریتانیا بود که می‌بایست امضاء شود. همچنین این نخستین بار بود که گام‌هایی به سوی پرداختن به مسأله فوری توقف همه‌گیری و همچنین پاسخگویی به مسائل آینده برای اقدامات پیشگیری و عملکرد سازمانی، برداشته می‌شد. دلیلی که چرا به مورد طاعون گاوی توسط دولت در آن سال پرداخته شد آن بود که در اوایل ۱۹۱۹، بیماری احشام از ساوجبلاغ به ورامین و شهریار، ناحیه‌ای در جنوب غربی تهران، انتشار یافته بود.

میزان مرگ و میر چنان بالا بود که در جولای ۱۹۱۹، مجلس حفظ الصحه از دولت درخواست نمود اقدامی را انجام دهد و پیشنهاد شد که با اعزام سرگرد نوردکوئیست (Major Nordquist) از ژاندارمری به همراه پول و دستیاران جهت کنترل همه‌گیری کمک شود.^{۷۲۵} از آنجا که در آگوست ۱۹۱۹ قرارداد سرگرد نوردکوئیست پایان می‌یافت فقط دو دامپزشک ایرانی، دکترها مرتضی خان و مشیر اعلم توسط

⁷²³ Barafrukhteh 1322, pp. 3767-68; Shaki et al. 1993.

⁷²⁴ IOR/L/PS/10/612, File 3360/1916 Pt 1 'Persian correspondence (1916-17)', doc. 102; IOR/L/MIL/17/15/29, 'Despatch by Brigadier-General Sir P. M. Sykes, K.C.I.E., C.M.G., Inspector-General, South Persia Rifles and Commanding British Mission Escort in Persia on Minor Operations in Southern Persia. From 7th November 1917 to 31st March 1918', p. 6.

⁷²⁵ FO 248/1313, Neligan to Minister 01/07/19; Procès -Verbal 222eme session du 01/07/1919 of Conseil Sanitaire de l'Empire de Perse, p. 18.

شورای بهداشت استخدام شدند تا به رخدادهای طاعون گاوی بپردازند، هر چند گفته شده که دکتر ابوطالب خان نیز برای چنین مقصودی استخدام گردید. در آن زمان، طاعون گاوی به فارس نیز یورش آورد. تصمیم گرفته شد (همان گونه که توسط سفارت بریتانیا پیشنهاد شد)، سرگرد نوردکوئیست گماشته و برای برخورد با مورد بیماری فرستاده شود و سرم ضد طاعون نیز از سفارت بریتانیا تقاضا گردد.^{۷۲۶}

در پایان ماه مه ۱۹۱۹، طاعون گاوی در بیضا، ناحیه‌ای در ۵۰ کیلومتری شمال شیراز، شیوع یافت. عمده‌احشام را زدود و در پایان سال ۱۹۱۹ به اسب‌ها، قاطرها و حتی گوسفندها و بزها سرایت کرد. "گفته می‌شد که روستاها به دلیل بوی تعفن حیوانات مرده، غیرقابل سکونت شدند". از بیضا، بیماری به تمام فارس گسترش یافت و نخست در اوایل جولای ۱۹۱۹ در دره شیراز پدیدار شد یعنی جایی که تخمین زده شد که ۶۰ تا ۷۰ درصد از احشام تلف شدند. اثر طاعون بر اساس مکان و ارتفاع، متفاوت بود. گوشه جنوب شرقی شیراز و لار و همسایگان، از خطر جستند. در جنوب و شرق، تلفات کمتر از شمال و غرب بود. فیروزآباد فارس، تلفات ۲۰ تا ۳۰ درصدی داشتند ولی نزدیک شیراز، ۷۰ درصد و جاهای دیگر، حتی این میزان بالاتر بود.

مکان‌های مرتفع‌تر بیش از سرزمین‌های پست‌تر و مناطق گرمسیر، دچار بیماری می‌شدند. کاپیتان باری (Capt. W. A. B. Barry)، مسئول ایستگاه دامپزشکی پلیس جنوب در ایران، تأیید نمود که این بیماری، طاعون گاوی، بوده و به کنسول بریتانیا در شیراز بهترین شیوه درمان را اطلاع داد. او در اطلاعیه خود به کنسول، بر لزوم جداسازی حیوانات سالم اصرار ورزید. یادداشت‌ها ترجمه گردیدند و در مطبوعات محلی به چاپ رسیدند و به تمام مالکین احشام که توجه کمی به آن داشتند نشان داده شدند. باری همچنین از هندی، سرم به دست آورد و همه حیواناتی را که نزد او می‌آوردند

⁷²⁶ FO 248/1313, Procès -Verbal 223eme session du 05/08/1919 of Conseil Sanitaire de l'Empire de Perse, p. 22-23.

تلقیح می کرد و در مواردی که افراد فقیر بودند این کار را مجانی انجام می داد. اطلاعات پیرامون لزوم و امکان پذیر بودن تلقیح به چاپ رسید اما در زمانی که مقدار کافی سرم رسید، بیماری تقریباً در شیراز به اتمام رسیده بود و مالکین احشام، دیگر در فکر آن نبودند که در حد لزوم کاری را به انجام برسانند؛ حتی کسانی نیز که دورتر بودند اصلاً واکنشی به موضوع نشان ندادند. بر اساس گزارش کنسول بریتانیا، بی‌علاقگی در میان دامداران زیاد بود. در اکتبر ۱۹۱۹، او در دشت کوار که در ۳۰ تا ۶۵ کیلومتری شیراز بود به گشت پرداخت ولی حیوانات سالم بودند و این تنها نقطه‌ای بود که از همه‌گیری جسته بود. اما او در مسیر دره بسیاری از حیوانات مرده را دید. بنابراین، به افراد با نفوذ و دیگران در کوار گفت که حیوانات خود را به شیراز جهت تلقیح بیاورند ولی آن‌ها پاسخ دادند که راه بسیار دور است و کاری انجام ندادند. بدبختانه، کاپیتان باری، کسی را جهت فرستادن به کوار و انجام عمل تلقیح در کانون بیماری نداشت. کنسول بریتانیا تلاش‌هایی کرد تا کمک کند حیوانات جابجا شوند یا آن‌ها را با تجهیزات مکانیکی جایگزین کنند. با این وجود، امکان واردات حیوانات از هند شکست یافت زیرا ایرانی‌ها تقاضا داشتند که هزینه پرداختی باید برای تحویل حیوانات در بوشهر باشد ولی هندی‌ها آماده بودند که با آن میزان هزینه، حیوانات را در خود کراچی تحویل دهند و هزینه و خطر سفر دریا، به عهده خریدار باشد. همچنین ایرانی‌ها، از فروشندگان هندی می‌خواستند که ماشین‌های شخم زنی را با یک مربی آشنا به فارسی بفرستند و گفتند زمانی که ماشین‌های شخم زنی را تأیید کردند آن‌ها را خریداری می‌نمایند و در غیر این صورت هندی‌ها بایستی آن‌ها را پس بگیرند. در دسامبر ۱۹۱۹، همه‌گیری در فارس هنوز تمام نشده بود^{۷۲۷}.

در سپتامبر ۱۹۱۹، دکتر مرتضی خان و مشیر اعلم تأیید کردند که بیماری

⁷²⁷ FO 248/1313, Lt. Col. Hotson, consul Shiraz to Ministry of Health, London 02/01/1920.

دام‌های تهران، طاعون گاوی بوده است. بنابراین، مجلس حفظ الصحه در خواست کرد سرگرد نوردکوئیست گماشته شود تا برای توقف همه‌گیری یاری نماید ولی دولت پاسخ داد که جهت انجام اقدامات لازم این موضوع را در حیطه خدمات دامپزشک دیگری سپرده است. سپس مجلس حفظ الصحه تصمیم گرفت تا رسیدن این فرد و گزارش وی پیرامون این که تعیین شود چه عملی می‌بایست انجام گیرد، صبر کند. برای جلوگیری از اتلاف زمان، دولت به حکمرانان استانی نوشت که مشورت و پیشنهادهای ارائه شده توسط مجلس حفظ الصحه (مانند جداسازی حیوانات سالم از بیمار و نگهداری آن‌ها به صورت جداگانه؛ پاکسازی حصارها و غیره) را انجام دهند.

همچنین دکترها مرتضی خان و مشیر اعلم، راهنمایی‌هایی پیشگیرانه برای رخداد طاعون گاوی نوشته بودند و تصمیم گرفته شد که آن‌ها را چاپ کرده و در میان روستاییان پخش کنند. کدخداها مجبور بودند این راهنماها را با صدای بلند در روستاها بخوانند؛ به گونه‌ای که همه روستاییان از آن چه که باید انجام دهند، آگاهی یابند.^{۷۲۸} دکتر مرتضی خان و مشیر اعلم، از طالقان، در اکتبر ۱۹۱۹، برگشته بودند و دفن همه حیوانات آلوده، جداسازی حیوانات سالم و عفونت زدایی اصطبل‌ها را پیشنهاد کردند. دکتر مرتضی خان سپس گزارش کرد که طاعون تمام شده و بنابراین او به ساوجبلاغ برای انجام چنین اقداماتی رهسپار گردید. در ضمن، دولت، کاپیتان لورنس از نیروی اعزامی بین‌النهرین را در بغداد گماشته بود که به بازدید در (لشگرک)؟ و ورامین پردازد و تأیید نماید که بیماری واقعاً، طاعون گاوی، بوده است.

در ورامین، ۷۰ درصد از حیوانات مرده بودند. بر اساس گفته لورنس فقط سرم درمانی بر علیه طاعون (درمان بیماری عفونی با تزریق سرم ایمن یا ضد توکسین) مؤثر بود و در مناطق مبتلا تنها درمان، کشتن جانوران بیمار بود. گوسفندان و شتران نیز

⁷²⁸ FO 248/1313, Procès -Verbal 224eme session du 02/09/1919 of Conseil Sanitaire de l'Empire de Perse, p. 28-29.

ممکن بود آلوده شوند ولی در شتران بیماری خفیف بود. او پیشنهاد به کار بردن سرم درمانی و جداسازی مناطق آلوده را داد و جهت انجام دادن ایمن سازی عمومی در هنگامی که دامپزشک در دسترس بود نیاز بود سرم به شکل محلی تهیه شود. زیرا در هنگام واردات، در طول سفر سرم از بین می‌رفت. بنابراین، کاپیتان لورنس، تأسیس یک آزمایشگاه سرم درمانی جهت تولید سرم ضد طاعون گاوی را پیشنهاد داد. به عنوان اولین واکنش به گزارش لورنس، مجلس حفظ الصحة تصمیم گرفت دستور یک خط قرنطینه بهداشتی را در فارس و اصفهان جهت حفاظت از گله‌های این مناطق صادر کند.

بنابراین، چنین نتیجه‌گیری شد که فارس می‌تواند از حکومت هندوستان، سرم تقاضا کند^{۷۲۹}، گزارش کاپیتان لورنس به وزارت داخله، برای اقدام لازم، فرستاده شد^{۷۳۰}. در نوامبر ۱۹۱۹، سرتیپ جی. ام ویلیامز، رئیس خدمات دامپزشکی نیروی اعزامی بین‌النهرین در بغداد، حواله بودجه را برای انستیتو سرم درمانی پیشنهادی که می‌توانست ۶ میلیون سی‌سی سرم ضد طاعون گاوی را در طول سال تولید کند، فرستاد. نیاز به یک ساختمان وجود داشت که شامل یک دفتر، یک یا دو آزمایشگاه (بستگی به اندازه اتاق‌ها)، یک اتاق استریل‌سازی، یک اتاق پاکسازی، یک اتاق گردآوری سرم، یک انبار و یک اتاق سرد برای سرم‌ها بود. اتاق‌ها به کف سیمانی یا آجری، پنجره‌ها، درب‌ها، سکوها، قفسه‌ها، گنجه‌ها، صندلی‌ها، لگن دستشویی‌ها و غیره نیاز داشتند. همچنین به اصطبل و حصار برای ۲۰۰ چهارپا در دو بخش، حداقل ۱۰۰ متر جدا از هم و به همین ترکیب برای ۲۰ بز و گوسفند، نیاز بود.

برای مدیریت انستیتو کارکنان زیر پیشنهاد شد:

⁷²⁹ FO 248/1313, Procès -Verbal 225eme session du 14/10/1919 of Conseil Sanitaire de l'Empire de Perse, p. 34-35.

⁷³⁰ FO 248/1313, Procès -Verbal 226eme session du 04/11/1919 of Conseil Sanitaire de l'Empire de Perse, p. 40.

- یک رئیس با حقوق ۲۰۰۰ ریال در ماه
- دو اروپایی ماهر با حقوق ۱۲۵۰ ریال در ماه
- دو دستیار هندی ماهر با حقوق ۳۵۰ ریال در ماه
- دو دستیار ایرانی یا ارمنی با حقوق نامعلوم
- یک سرکارمند با حقوق نامعلوم
- ۳ نفر با سمت کارمند با حقوق نامعلوم
- ۶ کمک خدمتکار آزمایشگاه با حقوق نامعلوم
- ۱۵ خدمتکار حیوانات با حقوق نامعلوم

افزون بر این، برای کار محیطی:

- ۱۰ دستیار دامپزشک هندی با حقوق ۳۰۰ ریال در ماه هر کدام
- ۴۸ مایه کوب ناحیه‌ای، ایرانی یا ارمنی، با حقوق نامعلوم

پیش بینی شد که هزینه کارکنان حداقل ۹۸۴۰۰ ریال در سال باشد.

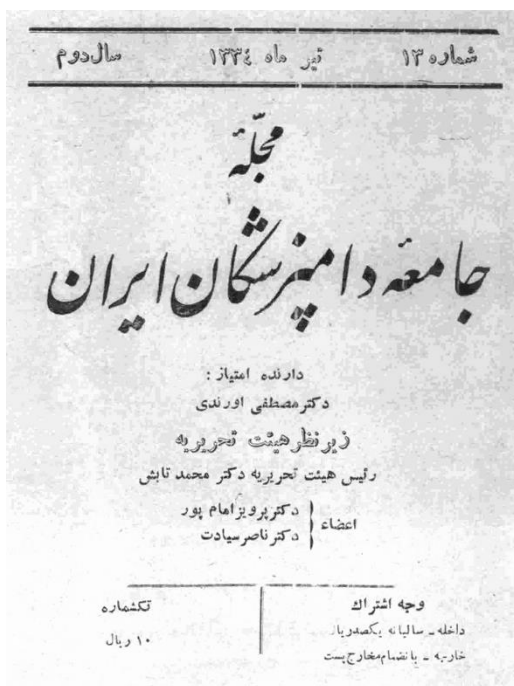
در مجموع ۵۰۰ گاو، هر رأس ۱۵۰ ریال و همچنین ۲۰۰ گوسفند یا بز، هر رأس ۲۰ ریال، نیاز بود که مجموعاً هزینه آن‌ها ۷۹۰۰۰ ریال تخمین زده می‌شد. از آنجا که به صورت میانگین، ۲۰۰ گاو وجود می‌داشت، هزینه علوفه یک ریال در هر روز برای هر گاو و برای ۲۰ بز یا گوسفند، ۴ دینار می‌شد که در مجموع به ۷۴۸۲۵ ریال در هر سال برای همه حیوانات، نیاز بود. هزینه‌های اضافی برای الحاقات و اضافات در آزمایشگاه و تجهیزات محیطی، برای هر گروه، ۱۰۰۰ ریال تخمین زده شد. موارد نگهداشت ساختمان‌ها و تجهیزات و غیره به صورت "نامعلوم" فهرست شدند. همراه با هزینه سالیانه کلی مربوط به نگهداری و تعمیر محل، هزینه تخمینی ۱۵۹۴۲۵ ریال بود.

انتظار می‌رفت که هزینه‌ها از این نیز بیشتر باشد، چرا که تنها بیان‌کننده ۵۰ درصد از بودجه بود و این هزینه‌ها، مربوط به بودجه اصلی بودند (قیمت حیوانات مربوط به تهران در اکتبر ۱۹۱۹ بود) که انتظار می‌رفت به دلیل مرگ و میر بالا در

میان حیوانات، بالاتر رود. تخمین زده می‌شد هزینه تجهیزات آزمایشگاهی و وسایل مایه‌کوبی محیطی ۱۵۰۰۰ ریال برای هر کدام باشد که این برآورد بر اساس قیمت پیش از جنگ بود. هزینه سالانه کلی، به جز ساختمان‌ها و مبلمان (که قیمت آن‌ها نامعلوم بود)، ۲۸۷۸۲۵ ریال در سال برآورد گردید^{۷۳۱}. تا پایان سال ۱۹۱۹، مجلس حفظ الصحه، یک میلیون تومان برای رخدادهای طاعون گاوی هزینه کرد. دکتر مرتضی خان، تنها دامپزشکی بود که معین شد تا برای مجلس حفظ الصحه در این مورد کار

کند. تصمیم گرفته شد که او کارش را در محدوده‌های اطراف تهران ادامه دهد^{۷۳۲}.

دکتر مرتضی خان گزارش کرد که ۳۰۰ روستا از ناحیه ورامین، همگی آلوده بودند و جمعیت آن‌ها آنقدر فقیر بودند که نمی‌توانستند هزینه عفونت‌زدایی اصطبل‌ها را بپردازند^{۷۳۳}. در نوامبر ۱۹۱۹، نلیگان، بودجه مرکزی برای سرم درمانی را با هزینه تخمینی ۱۴۶۶۴۰۰ قران ارائه داد. مجلس حفظ الصحه،



تصویر ۱۹ - روی جلد شماره‌ای از مجله جامعه دامپزشکان ایران

⁷³¹ FO 248/1313, Williams Memo 18/11/1919.

⁷³² FO 248/1313, Procès -Verbal 228eme session du 06/01/1920 of Conseil Sanitaire de l'Empire de Perse, p. 51; img 436.

⁷³³ FO 248/1313, Procès -Verbal 227eme session du 09/11/1919 of Conseil Sanitaire de l'Empire de Perse, p. 44.

هزینه‌های کارکنان ایرانی را اضافه کرد و از دولت درخواست نمود چنانچه ساختمانی در دسترس نباشد ۲۰۰۰۰ تومان را نیز کنار بگذارد.^{۷۳۴} در مارس ۱۹۲۰، مجلس حفظ الصحه، پیرامون بودجه مرکزی برای سرم درمانی، به بحث پرداخت که تخمین زده می‌شد ۲۰۰ میلیون تومان در سال باشد. اما دولت این پول را نداشت. بنابراین، مجلس حفظ الصحه تصمیمی گرفت که بودجه کمتری نیاز داشت. به صورت موقت، دولت تصمیم گرفت که یک دامپزشک استخدام کند.

نلیگان بیان کرد این کار فقط در هنگامی مناسب است که برنامه منسجمی وجود داشته باشد. رئیس مجلس حفظ الصحه تصور می‌کرد دامپزشک می‌تواند کار خود را در حومه تهران آغاز کند. اگر این اقدام تداخلی موفقیت آمیز بود، نتایج می‌توانست در مابقی کشور پخش شود. او پافشاری می‌کرد در آغاز فعالیت‌های مرکز ساخت سرم، این فعالیت‌ها مجانی باشند. او سپس گزارش کرد که طاعون گاوی در خار رخ داده بود.^{۷۳۵} اما دکتر مرتضی خان، دریافت که این منطقه عاری از بیماری است. از آنجا که دولت از لحاظ مالی در تنگناهای سهمگینی بود، مجلس حفظ الصحه تصمیم گرفت بودجه مرکز ساخت سرم می‌بایست به ۲۰ تا ۳۰ میلیون تومان کاهش یابد. دکتر نلیگان، که در جریان انجام این مورد بود در مرخصی به سر می‌برد. بنابراین موضوع به کمیته مالی مجلس واگذار گردید.^{۷۳۶}

در آگوست ۱۹۲۰، ابوالقاسم رهنما، گزارش کرد که طاعون گاوی در ناحیه ساوجبلاغ روی داده است در حالی که دکتر محمد خان از رخداد این بیماری در خوانسار گزارش می‌داد. تصمیم گرفته شد که دکتر مرتضی خان در مأموریتی ۲۰ روزه،

⁷³⁴ FO 248/1313, Procès -Verbal 227eme session du 09/11/1919 of Conseil Sanitaire de l'Empire de Perse, p. 44.

⁷³⁵ FO 248/1313, Procès -Verbal 230eme session du 02/03/1920 of Conseil Sanitaire de l'Empire de Perse, p. 64; img 444.

⁷³⁶ FO 248/1313, Procès -Verbal 231eme session du 06/04/1920 of Conseil Sanitaire de l'Empire de Perse, p. 68; img 446.

به مناطق آلوده رفته و گام‌هایی را برای سرکوب بیماری بر دارد. گذشته از پرداخت ماهانه عادی ۳۰ تومانی، او ۱۲۰ تومان و در مجموع ۱۵۰ تومان در ماه دریافت می‌کرد که این میزان شامل هزینه سفر او نیز می‌شد^{۷۳۷}. مدت کوتاهی پس از آن، روشن شد که طاعون گاوی دوباره در ورامین روی داده است. به دکتر مرتضی خان دستور داده شد که به آنجا برود و حیوانات را ایزوله کند^{۷۳۸}.

ساخت مرکزی برای ساخت سرم، پیشنهادی بریتانیا، هیچگاه تحقق نیافت و احتمالاً دلیل آن بحران سیاسی پس از رد کردن پیمان ایران - انگلیس ۱۹۱۹ توسط مجلس بود. در این میان دولت ایران پس از آن با دولت فرانسه به گفتگو پرداخت که موضوع آن تأسیس شعبه‌ای از انستیتو پاستور در تهران بود. در نتیجه این بحث‌ها، این انستیتو در سال ۱۹۲۱ تأسیس شد و طرح پیشنهادی مورد حمایت بریتانیا را بی‌مورد نمود. انستیتو پاستور شامل بخش‌های باکتریولوژی انسانی، حیوانی، گیاهی و صنعتی بود. بخش باکتریولوژی حیوانی، واکسن ضد سیاه زخم تولید کرد که برای دامپزشکانی که در ایران کار می‌کردند، پخش گردید. در سال ۱۳۰۴/۱۹۲۵ بخش باکتریولوژی حیوانی همراه با بخش مبارزه با طاعون حیوانی، در وزارت فواید عامه و فلاح و تجارت، به حصارک، نزدیک کرج، انتقال یافت. افزون بر واکسن ضد سیاه زخم، این انستیتو آغاز به تولید یک واکسن علیه طاعون گاوی نمود که با سرعتی خطر آفرین در دهه ۱۹۲۰ به ویژه در منطقه دریای مازندران گسترش یافته بود^{۷۳۹}. این فعالیت‌های گوناگون انستیتویی فعالیت خدمات دامپزشکی که پس از سال ۱۹۲۵

⁷³⁷ FO 248/1313, Procès -Verbal 235eme session du 03/08/1920 of Conseil Sanitaire de l'Empire de Perse, p. 90; img 458.

⁷³⁸ FO 248/1313, Proces-Verbal 237eme session du 05/10/1920 of Conseil Sanitaire de l'Empire de Perse, p. 108; img 475.

⁷³⁹ Amir A. Afkhami, "Institut Pasteur," Encyclopaedia Iranica, XIII/2, pp. 157-163, available online at <http://www.iranicaonline.org/articles/institut-pasteur-1>.

موجودیت یافت را امکان‌پذیر نمود^{۷۴۰}.

کتابشناسی

آرشیوها

National Archives, Kew Gardens (London)

FO 248/1313, Procès -Verbaux of the Conseil Sanitaire de l'Empire de Perse

FO 248/1313, Lt. Col. Hotson, consul Shiraz to Ministry of Health, London 02/01/1920.

Presbyterian Historical Society, Philadelphia, USA

RG 91-20-2 Meshed Hospital 1925-48, Seventeenth Annual Report of the American Christian Hospital Meshed, Persia July 1, 1931-June 30, 1932

کتاب‌ها و مقالات

Adamec L. 1976. *Historical Gazetteer of Iran*, 4 vols. Graz: Akademische Verlag.

Afkhami, Amir A. 2004. "Institut Pasteur," *Encyclopaedia Iranica*, XIII/2, pp. 157-163, available online at iranica.com.

Anonymous 1355/1976. *Safarnameh-ye Astarabad va Mazandaran va Gilan*. ed. Mas`ud Golzari. Tehran: Bonyad-e Farhang-e Iran.

Barafrukhteh, A. 1322/1943. "Tarikh-e dam-pezeshti-ye Iran," *Majalleh-ye dam-pezeshti* 10/12, pp. 3765-68.

⁷⁴⁰ A.C. Millspaugh, *The American Task in Persia*, Washington DC, 1925, p. 258; Carpentier, Gaston-Albert-Léon-Elie. *Les Services Vétérinaires en Perse* (Paris: Le François, 1931) thesis.

- Carpentier, Gaston-Albert-Léon-Elie 1931. *Les Services Vétérinaires en Perse*. Paris: Le François (thesis).
- Floor, Willem 2003. *Agriculture in Qajar Iran*. Washington D. C.: MAGE.
- Gerdfarmarzi, A. Soltani ed. 1366/1987. *Do faras-nameh-ye manthur va manzun*. Tehran.
- DCR = Diplomatic and Consular Reports. DCR 3970, Report for the Year Ending February 18, 1907 on the Trade of the Provinces of Sistan and Kain (London, 1908), p. 13;
- Millspaugh, A.C. 1925. *The American Task in Persia*, Washington DC.
- Polak, J. E. 1865. *Persian, Das Land und seine Bewohner*. 2 vols. Leipzig: Brockhaus.
- Schneider, Jean-Etienne Justin 1911. *Médecine Persane: Les Médecins Français en Perse-Leur influence*, Paris, 1911, p. 28;
- Shaki, Mansur; Tajbakhsh, Hasan and Sajjadi, Sadeq 1993. "Dam-pezeshti," *Encyclopaedia Iranica*, VI/6, pp. 619-623; available on line at iranica.com.
- Wilson, S.G. 1895. *Persian Life and Customs*. New York: Fleming H. Revell.
- Zarrabi, Abdol-Rahim 1342/1963. *Tarikh-e Kashan*, Tehran, Iran Farhang-Zamin.

فصل هشتم

ژوزف دزیره تولوزان

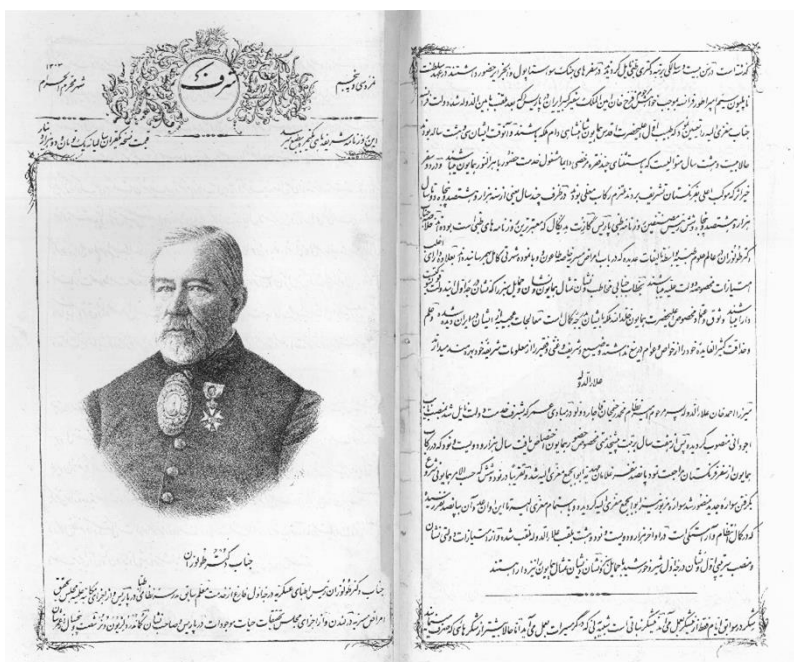
مترجم: اسماعیل نبی پور

ژوزف دزیره تولوزان در نهم اکتبر ۱۸۲۰ در جزیره دیه گو گارسیا (Diego Garcia) متولد شد، اما ثبت تولد او در جزیره موریس در تاریخ آوریل ۱۸۲۱ انجام شد یعنی مکانی که بعدها او در آنجا به مدرسه ابتدایی رفت. والدین او در تاریخ ۱۸۳۱ به ماریسی رفتند. ژوزف در ماریسی وارد دبیرستان شد و به تحصیل پزشکی پرداخت و در سال ۱۸۴۳، مدرک پزشکی خود را در پاریس گرفت. او حتی قبل از این که تحصیل پزشکی خود را تکمیل کند، در سال ۱۸۴۱، پزشکیار نظامی شد و در چندین پادگان از شهرهای فرانسه خدمت کرد. از سال ۱۸۴۹ به سمت دستیار بالینی پروفیسور مایکل لوی در بیمارستان ارتشی وال دوگریس (Val de Grace) در پاریس مشغول به کار شد.

گذشته از انجام کارهای بالینی، او همچنین به امور آموزشی هم مشغول شد. در سال‌های اولیه کارش در فرانسه، در مورد بیماری‌هایی هم چون عفونت‌های پوستی استافیلوکوکی، مشمشه (بیماری اسب و چهارپایان دیگر) و خون ریزی‌های ریوی، به مطالعه پرداخت. در سال ۱۸۴۹، زمانی که فرانسه دچار همه‌گیری وبا شد، توجه خود را روی آسیب شناسی به ویژه همه‌گیرشناسی وبا، بر اساس مشاهدات و یافته‌های بالینی پروفیسور لوی، معطوف داشت. در نتیجه، در همان سال، او شش مقاله در روزنامه پزشکی پاریس، در مورد وبا انتشار داد. تولوزان توجه ویژه‌ای برای به دست آوردن آمارها داشت و پیشرفت بیماری را در شهرهای فرانسه دنبال می‌کرد.

در سال ۱۸۵۲، با ارائه رساله دکتری خودش (شماره ۴ فهرست انتشارات)، دانشیار بیمارستان وال دوگریس شد. تولوزان از سپتامبر ۱۸۵۴ تا آوریل ۱۸۵۵، به عنوان پزشک ارتشی، در جنگ کریمه (عمدتاً در بیمارستان قسطنطنیه) شرکت نمود. در

همان زمان بود که در مورد همه‌گیری بیماری‌های مختلف عفونی همچون سل، دیفتری، تب راجعه و بیماری‌های آلرژی کودکان در مقابل جیوه به مطالعه پرداخت و بیان داشت که وجود این گونه امراض همراه با نبود بهداشت کافی در بین سربازان، موجب مرگ و میر بالای آن‌ها شده است. در همان زمان، همچنین به عنوان سردبیر روزنامه پزشکی پاریس از سال ۱۸۵۲ تا ۱۸۵۶ خدمت نمود^{۷۴۱}.



تصویر ۲۰- روزنامه شرف شماره ۳۵ به تاریخ ۱۵ محرم ۱۳۰۱ قمری، تصویر نقاشی شده تولوزان و در زیر آن تا صفحه بعد خلاصه‌ای از زندگی‌نامه او

در سال ۱۸۵۸، زمانی که ادوارد پولاک اتریشی، پزشک مخصوص ناصرالدین شاه، به وین برگشت، شاه ایران از سفیر ایران در فرانسه خواست که به جای او پزشکی

⁷⁴¹ Bolinier 1998; Bissou 1998; Plessis-Théodoridès 1998; Ruznameh-ye Sharaf.

فرانسوی پیدا کند. دولت فرانسه دکتر تولوزان را پیشنهاد داد. تولوزان با ورودش به تهران در سال ۱۸۵۸، به عنوان حکیم باشی (یکی از القاب پزشکان شاه) منصوب گردید. او همچنین به عنوان مدرس مدرسه دارالفنون برگزیده شد^{۷۴۲}. بدین سان، او به تعدادی از دانشجویان فارغ التحصیل دارالفنون که برای به دست آوردن درجه پزشکی به فرانسه می‌رفتند، یاری رساند. از جمله این افراد، لقمان الممالک، میرزا زین العابدین اعلم الدوله و به همین ترتیب معین الاطباء و خلیل خان ثقفی بودند. دو نفر آخر، از پزشکان خصوصی مظفرالدین شاه بودند^{۷۴۳}.

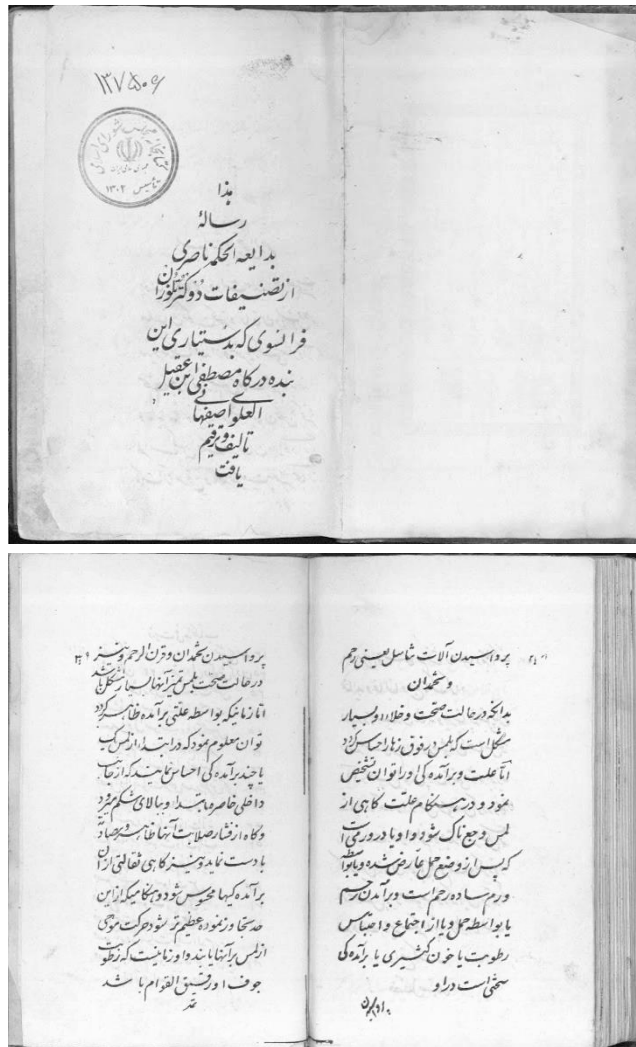
تولوزان، گذشته از تدریس در دارالفنون و طبابت، به کار تحقیقات پزشکی نیز مشغول بود. بین سال‌های ۱۸۴۷ تا ۱۸۹۲، او بیش از ۵۰ کتاب و مقاله و رساله که بیشتر مربوط به آسیب شناسی عفونی و بیماری‌های واگیر بودند نوشت. او زمانی این گونه کتاب‌ها و مقالات را نوشت که علت شناسی میکروبی و ویژگی‌های چنین بیماری‌هایی هنوز به شکل کامل، ناشناخته بودند.

او، به طور ویژه‌ای، توجه خود را روی طاعون خیارکی و وبا معطوف کرد. در این مورد، او تاریخچه و جغرافیای آن‌ها را، به ویژه در ناحیه خاورمیانه، تجزیه و تحلیل نمود. تولوزان جانب هیچ کدام از طرف‌های جدال نظریه‌ای که معتقد بودند وبا و طاعون بیماری‌های مسری و عفونی هستند و یا نظریه‌هایی که بر این باور بودند این بیماری‌ها مربوط به بخارهای نامطبوع و مسموم هوا می‌باشند نگرفت؛ اما نوشته‌هایش نشان می‌دهند که او موافق نظریه مسری بودن این بیماری‌ها نبود. گرچه او از یافته‌های جان اسنو (John Snow)، در سال ۱۸۵۵ درباره نقش آلودگی آب آشامیدنی در انتقال بیماری وبا آگاهی داشت، اما محتاطانه بر این باور بود، که اسنو بخارهای سمی که موجب بیماری می‌شد را مورد توجه قرار نداده است و از نظر او این پرسش

⁷⁴² Théodoridès 1998 b.

⁷⁴³ Bamdad 1356, vol. 1, pp. 487-89; vol. 3, pp. 282-83.

برانگیخته می شد که آیا واقعاً آب موجب سرایت بیماری می گردد یا این که آب موجب مستعد بیماری زایی می شود؛ با این وجود، او بر پاکیزگی آب در ذخایر و آب انبارهای شهری، پافشاری نمود.



تصویر ۲۱- بدایه الحکمه ناصری از تصنیفات تولوزان

تولوزان قویاً در مورد یافته‌های بین‌المللی درباره وبا انتقاد کرد. او بر این باور پا بر جا بود که بیماری امکان دارد در بیرون از دره گنگ نیز همه‌گیر شود. چون که او به نظریه ضد مسری بودن وبا تمایل داشت، در مورد به کارگیری قرنطینه شک و تردید نشان می‌داد و در عوض به بالا بردن بهداشت همگانی اعتقاد داشت. از سال ۱۸۷۴ تا ۱۸۷۸، او در باره همه‌گیری دیفتتری در شهرهای متوالی ایران مطالعه کرد و همچنین چهارده عمل جراحی بیرون آوردن سنگ (lithotomy)، در شهرهای مختلف انجام داد و نتیجه این اعمال و مطالعات را به چاپ رساند. در سال ۱۸۷۹، پس از مشاهده بیمارانی که به تب راجعه ایرانی ناشی از بوریلیا پرسیکا مبتلاء شده بودند، شک کرد که گزیدگی‌های کنه علت بیماری می‌باشد و نمونه‌ای از کنه‌ها را به فرانسه فرستاد. در میان این کنه‌ها، حشره شناسان، ناقل بیماری را که کنه‌ای به نام اورینتودورس (orinthodoros) بود، شناسایی کردند. لابلون (Laboulene) و مگنین (Magnin) آن را تولوزانی نامیدند. در سال ۱۸۸۲، تولوزان توصیف کلینیکی خوبی از بیماری، نشانه‌ها و ناقل آن انتشار داد^{۷۴۴}. اما او تنها فردی نبود که به گزیدگی کنه، که موجب ایجاد بیماری می‌شود، مظنون بود، زیرا شلیمر نیز این علت را بسیار پیش از او بیان کرده بود^{۷۴۵}. آن گونه که گزارش شده، تولوزان شخصیتی بود که نه تنها به طور کلی به پزشکی به صورت عام، و تحقیق در مورد بعضی از بیماری‌های همه‌گیر نیز به صورت خاص، علاقمند بود بلکه به جغرافیای طبیعی، هواشناسی و اخترشناسی نیز علاقه داشت (شماره‌های ۴۷-۵۳)، اما علاقه اصلی او بهداشت همگانی بود.

پس از شیوع چهارمین همه‌گیری وبا در سال‌های ۷۱-۱۸۶۳ و کنفرانس جهانی قسطنطنیه در مورد وبا در سال ۱۸۶۶، در سال ۱۸۶۸، ناصرالدین شاه به تولوزان دستور داد تا شورای بهداشتی کشور (مجلس حفظ الصحه) را تأسیس کند. کار این شورا

⁷⁴⁴ Brisou 1998; Rodhain 1998; Théodoridès 1998 a.

⁷⁴⁵ Schlimmer 1380, p. 51.

رسیدگی به امور بهداشتی و دادن توصیه‌هایی برای بهبود بهداشت همگانی و جلوگیری از ورود بیماری‌ها به داخل ایران بود. اعضاء این شورا متشکل از پزشکان تربیت شده در مکتب جالینوس و پزشکان سنتی بودند و در شهرهای مهم ایران، به عنوان پزشک سلامت همگانی، برگزیده شده بودند. کار آن‌ها راهنمایی مردم برای پیشگیری و شناسایی بیماری وبا در درون ایران و جمع‌آوری اطلاعات در این زمینه بود.

در آگوست ۱۸۶۹، تولوزان ارزیابی خود از اوضاع سلامت عمومی ایران را ارائه داد. این ارزیابی (مسکن بد، آشغال و فضولات انسانی و حیوانی انباشته شده در کوچه‌ها و خیابان‌ها، چاه مستراح‌های راکد، انبوه کثافات، نبود زه‌کشی، منابع و آب انبارهای آلوده و نبود بهداشت شخصی) را شامل می‌شد. او پیشنهادهای درباره اوضاع کنونی بهداشت در ایران به مجلس حفظ الصحه و همچنین به شاه به عنوان «گزارش به اعلیحضرت پادشاه پیرامون وضعیت کنونی بهداشت در ایران» ارائه داد. مجلس حفظ الصحه بر تعدادی از توصیه‌ها و کنفرانس قسطنطنیه تأکید و تصریح کرد اما تفاوت در آن بود که تأکید اصلی گزارش به پیشگیری از طریق اقدامات بهداشتی شهری متمرکز بود.

گزارش به طور ویژه، پیشنهاد بودجه‌ای سالانه برای فعالیتهای مجلس حفظ الصحه را داد که می‌بایست به صورت منظم انجام گیرد و شامل بودجه‌هایی جهت پیشبرد بهداشت همگانی در شهرهای مهم نیز می‌شد. افزون بر آن، جهت تأسیس شوراهای بهداشتی شهری (مجالس حفظ الصحه شهرها)، توصیه شد تا گزارش شیوع بیماری را ارائه نمایند و قوانین و مقررات دولت درباره بهداشت همگانی را تقویت نمایند. از جهت دیگر، پزشکان ایرانی می‌باید شورای بهداشتی را اداره کنند و پزشکان اروپایی نقش مشاور را داشته باشند. کنفرانس قسطنطنیه، شورایی بین‌المللی را برای ایران پیشنهاد داد که در آن مانند امپراتوری عثمانی، پزشکان اروپایی، دست بالا را داشته باشند و شورا در سیطره آن‌ها باشد. اما تولوزان بیان داشت از آنجایی که پزشکان اروپایی فاقد اطلاعات کافی در مورد مردم هستند و نا آشنا به زبان و آداب و رسوم

ایرانی می‌باشند بهتر است که خود ایرانی‌ها بر شورا نظارت داشته باشند و اداره امور بهداشت عمومی را به عهده بگیرند.

این دیدگاه، نه تنها موجب درگیری او با سفارت خانه‌اش شد، بلکه باعث گردید تا با سایر قدرت‌ها نیز کشمکش داشته باشد. به کنایه، باید بیان داشت که تولوزان با ماندن در سمت رئیس مجلس حفظ الصّحّه، به جای این که مشاور شورا باشد، بر خلاف عقیده خود رفتار نمود. گزارش همچنین تعدادی از توصیه‌های عملی را ارائه داد که از جمله آن‌ها جلوگیری از حرکت زوار در موارد رخداد یک همه‌گیری بیماری، جلوگیری کلی از انتقال اجساد، ساخت تولت‌های عمومی، ایجاد سیستم زهکشی، ساخت رخت شورخانه‌های همگانی، بنا کردن خانه‌های مناسب برای فقرا و بازسازی کاروانسراها و حمام‌ها، می‌توان نام برد.

در نتیجه پایانی گزارش، توصیه‌ای برای تدوین نوشتارهای پیرامون طبّ عامه، برای ایران بود که از این طریق مردم را از پزشکی جالینوسی و طب سنتی که بر روی رفتار آن‌ها در زمینه‌های بهداشت عمومی و شخصی اثر منفی داشتند، بتوان جدا نمود.^{۷۴۶} شاه ایران، هیچ کدام از توصیه‌های شورای بهداشتی را انجام نداد. کار این شورا، به عنوان یک نهاد رسمی، پس از شش ماه از به وجود آمدن آن، متوقف گردید. اما شورا زمانی که تهدیدات پزشکی وجود داشت، گاهگاهی به صورت خصوصی، تشکیل می‌شد. این فقط در سال ۱۹۰۴ بود که پس از یک وبای خانمان سوز همه‌گیر، شورا با این که هیچ قدرت رسمی نداشت، به شکل دائم تشکیل گردید.

در همه جریانات، تولوزان، با این که دیدگاه ضد واگیری داشت، نگران انتشار و ادامه بیماری وبا بود و در مورد عدم نیاز قرنطینه بحث می‌کرد و در عوض به توسعه سیستم

⁷⁴⁶ *Ruznameh-ye mellati*, No. 21, pp. 108-10; Afkhami 2003; Elgood 1951, pp. 517-18, 564; Théodoridès 1998 a.

برای تجزیه و تحلیل دیدگاه‌های پزشکی تولوزان و تغییرات از آن بابت، بنگرید Ebrahimnejad 1998 and Brisou 1998.

بهداشت عمومی و فرهنگ عامه، در این رابطه، پافشاری می نمود. اما به دلیل ناچیز شمردن کامل آداب و رسوم و فرهنگ عامه، کوشش های او مثل سایر تغییرات، کند پیش می رفت و تلاش هایش مانند دیگران بدون توفیق باقی ماند^{۷۴۷}. چه اتفاقی برای تولوزان افتاده بود که قراردادهای ۵ ساله او تبدیل به یک اقامت ۳۶ ساله در ایران گردید که در آن مدت او نه تنها نفوذ زیادی به دست آورد بلکه موجب ازدواجش نیز شد؟

تولوزان برای مدتی طولانی به طور مجرد زندگی می کرد تا این که در تاریخ ۱۶ ژوئن ۱۸۶۶، با یک بیوه به نام فیگینی پس از خانواده ای معروف از قسطنطنیه، ازدواج نمود. حاصل این وصلت یک پسر (که در جوانی فوت کرد) و یک دختر بود. دخترش در تهران ازدواج کرد. شوهر او مردی بود به نام هنری لیونل چرمبل، کارمند شرکت تلگراف هند و اروپایی که بعداً منشی دوم سفارت گردید. تولوزان به دلیل اعتبار و نفوذی که در کنار ناصر الدین شاه به دست آورده بود در هر سه مسافرت شاه به اروپا (سال های ۱۸۸۹-۱۸۷۸-۱۸۷۳) در رکاب وی بود. همانند همه خارجی های مقیم ایران، از این قدرت و نفوذ، برای به دست آوردن عطایا و انحصارات، کوشش کرد و در توطئه ها و دسیسه های سیاسی وارد شد.

در سال ۱۸۷۴، تولوزان تلاش های بیهوده ای برای به دست آوردن انحصار معادن، آبیاری و راه آهن، برای تعدادی از کارآفرینان پاریس انجام داد. این کوشش ها با مخالفت شدید بریتانیای کبیر رو به رو گردید. این گونه مخالفت ها نه تنها به خاطر این بود که بریتانیا دوست نداشت اروپایی دیگری در حوزه کاریش نفوذ کند بلکه اصل قراردادها درست با قراردادهای بارون رویتر که آن ها را منعقد و از دست داده بود، مشابهت داشت. در سال ۱۸۷۸، زمانی که تولوزان یک بار دیگر انحصاری به دست آورد، بسیار موفق عمل نمود زیرا مشوق های مالی را برای مقامات رسمی ایرانی فراهم نمود. دولت

⁷⁴⁷ Ebrahimnejad 1998; Afkhami 2003.

بریتانیا در مورد این انحصار نیز اعتراض کرد زیرا رویتر (Reuter) هنوز هم از قبول فسخ امتیاز انحصاری خود سرباز می‌زد. افرون بر آن، ماده هشتم انحصار، حق ویژه‌ای به فرانسه در امور کشتیرانی، خطوط راه آهن و جاده‌های مسیر رودخانه کارون می‌داد و به همین ترتیب آبیاری زمین‌های مجاور رودخانه از اهواز (که سدّی قرار بود در آن بنا شود) تا پایین دست به سمت خلیج فارس را شامل می‌شد.

این مورد امتیاز نیز برای بریتانیا غیرقابل قبول و تحمل بود. بنابراین در دسامبر ۱۸۷۸، دولت ایران به بریتانیای کبیر اطلاع داد که تصمیم دارد، انحصار دکتر تولوزان را لغو کند.^{۷۴۸} تولوزان، همچنین از نفوذش استفاده کرد و شاه را وادار نمود که به دیولافوا (Dieulafoy's)، باستان‌شناس فرانسوی، اجازه دهد تا در شوش حفاری‌های باستان‌شناسی آغاز کند که این کار در دسامبر ۱۸۸۴، انجام گرفت. تولوزان فراهم آوردن پوشش سیاسی و هدایت‌های لازم را برای دیولافوا، ادامه داد.^{۷۴۹} شکار یک امتیاز انحصاری، خدمت بی‌غرضانه عمومی نبود زیرا در نتیجه آن، تولوزان به یک فرد ثروتمند، تبدیل شد.^{۷۵۰}

در ۱۸۸۰، تولوزان، با درجه سرهنگ - پزشک، از ارتش فرانسه بازنشسته شد.^{۷۵۱} در سال ۱۸۸۸، زمانی که تولوزان بیان داشت که قصد دارد از موقعیت کاری ایرانی خود نیز بازنشسته شود، دولت فرانسه، تلاشی زیاد انجام داد تا جایگاه پزشک شخصی شاه در دستان فرانسه بر جای بماند. بنابراین، در سال ۱۸۸۹، زمانی که تولوزان در سفری به اروپا همراه شاه بود، و در پاریس، مریض شد دولت فرانسه فوراً پزشک ارتشی دیگری به نام جان بابتیست فوریه (Jean Babthiste Feuvier) را موقتاً جایگزین او کرد.

⁷⁴⁸ Kazemzadeh 2013, pp. 156-58; Curzon 1892, vol. 2, p. 333, n. 1; "Persian Affairs," *The Pall Mall Budget: Being a Weekly Collection of Articles*, vol. 16, April 13, 1876, pp. 10-11.

⁷⁴⁹ Nasiri-Moqaddam 2004, pp. 46-47, 51-52, 73, 75, 79; Théodoridès 1998 b.

⁷⁵⁰ Bamdad 1356, vol. 4, p. 319.

⁷⁵¹ Plessis- Théodoridès 1998.

زمانی که فوریه، پس از یک سال، به فرانسه برگشت، سفارت فرانسه و شاه، هر دو، از فوریه خواستند که برگردد و او نیز این کار را انجام داد و تا سال ۱۸۹۲ در ایران ماند. دلیل آن این بود که تولوزان پس از سه سال و در حالی که بهبود یافته بود به تهران بازگشت. این بار او چنان درگیر زد و بندهای بازرگانی و اقتصادی و توطئه‌های سیاسی گردید که با سفارت روسیه درگیر شد. به منظور دوری کردن از درگیری با او، فوریه، از سفیر فرانسه، دوبالوی (De Balloy)، تقاضا کرد تا استعفایش را به شاه ارائه دهد سفیر نیز، بیان داشت که "تولوزان را وادار خواهد کرد تا بازنشسته شود".

فوریه برای برگشت به تهران و اقامت ۶ ماهه موافقت کرد مشروط به این که خودش جایگزین خود را تعیین نماید، اما تولوزان در ایران باقی ماند^{۷۵۲}، اما نه برای مدتی طولانی. پس از وبای همه‌گیر سال ۱۸۹۳، ایران، جایگاه خود را در کنفرانس وبای پاریس سال ۱۸۹۴، و به همین ترتیب احتمالاً برای کنفرانس طاعون و نیز در سال ۱۸۹۷ آماده می‌نمود. گرچه ایده مفید بودن قرنطینه و سرایت وبا در طی زمان، قدری تحول یافته بود ولی تولوزان هنوز هم موافق آن‌ها نبود و در همان ایام او، در مورد ایده‌های انقلابی پاستور شک و تردید داشت. او اعتقاد داشت که چنانچه، بهداشت عمومی و خصوصی رعایت شود، نیازی به میکروسکوپ نیست. تولوزان همچنین در مورد کارایی اقدامات کنفرانس‌های بین‌المللی سلامت شک و تردید فراوان داشت.

در ژانویه ۱۸۹۷، تولوزان نامه‌ای به مخبر الدوله، وزیر امور داخله نوشت و مخالفت خود را با به کارگیری پزشکان اروپایی و صرف بودجه عمومی برای ایجاد قرنطینه ابراز داشت. او این کار را تلف کردن پول به حساب آورد، زیرا انجام آن‌ها نتایج اندکی داشت. او چنین گفت: "وجود یک سرجوخه از فراشان، مفیدتر و کارآمدتر در بنادر خلیج فارس می‌باشد تا پزشکان اروپایی بدون تجربه و نا آشنا به زبان و این در حالی است که این سرجوخه، پارانرژی‌تر بوده و می‌داند که چگونه اطاعت کند".

⁷⁵² Calmard 1999.

تولوزان، نه تنها در مورد تأثیر و کارایی نگهبانان مسلح به عنوان مجریان امور قرنطینه (همان گونه که دقیقاً در عمل نشان داده شده بود) در اشتباه بود، بلکه مهم تر از همه این که مظفرالدین شاه، ایده های او را رد کرد و دستور داد تا بار دیگر مجلس حفظ الصحه برای انجام امور بهداشتی مؤثر، به وجود آید. تولوزان در ۲۸ ژانویه ۱۸۹۸، شش ماه قبل از فوتش، مجبور به استعفا شد. او در اثر حمله ناگهانی آسم فوت کرد. آن گونه که سنگ قبرش نشان می دهد، در ۳۰ جولای ۱۸۹۷ در تهران از دنیا رفت. در عین حال، بعضی از منابع، تاریخ مرگ او را سوم جولای نیز بیان داشته اند. یکی از منابع عصر حاضر بیان داشته که او مسموم شده است اما در این زمینه هیچ گونه سند متقنی در دسترس نیست^{۷۵۳}. او در قبرستان مسیحیان اکبرآباد (دولاب) در شرق تهران به خاک سپرده شد. ظاهراً تولوزان در سال ۱۸۸۶، زمینی به منظور قبرستان خریداری کرده بود که در همان مکان پسر هجده ماهه اش «ژوزف» نیز به خاک سپرده شده بود^{۷۵۴}.

تولوزان عضو پیوسته فرهنگستان علوم و پزشکی فرانسه بود. او همچنین عضویت چندین انجمن را داشت: جامعه پزشکی رقابتی پاریس، جامعه کالبد شکافی، جامعه زیست شناسی، جامعه انسان شناسی، و به همین ترتیب عضو جامعه اپیدمیولوژی لندن بود. او همچنین نشان دولت فرانسه (مانند نشان لژیون دونور در رده فرمانده) مدال هایی از کشورهای اتریش، بلژیک، ایتالیا، پُرس، روسیه، ترکیه و پادشاهی انگلستان گرفته بود. و به لقب «جناب» مفتخر شده و نشان شیر و خورشید سرخ، همراه با حمایل سبز دریافت کرده بود که بالاترین نشان کشور ایران به حساب می آمد. او همچنین به دریافت تمثال شاهنشاه همراه با الماس، مفتخر گردید. این هدیه به

⁷⁵³ Brisou 1998; Ebrahimnejad 1998; Perry 1898; "Le médecin du Shah de Perse," *Chronique Médicale* 1897, vol. 4, p. 593; *L'Année scientifique et industrielle*, volume 41/1897, pp. 403-04 (با تصویر).

⁷⁵⁴ <http://www.doulabcemetery.com/en/details.asp?id=1965>.



تصویر ۲۲- تولوزان به همراه ناصرالدین شاه در سال‌های میانی حضور تولوزان در تهران

طور مخصوص به سلاطین و پادشاهان داده می‌شد.^{۷۵۵}

از آنجایی که پزشکی و سایر رشته‌های علوم در ایران تا دهه ۱۹۴۰، سونگری به فرانسه داشت، بنا به عقیده پژوهشگران، تولوزان و سایر مدرسین فرانسوی، نفوذ زیادی در ایران پیدا کردند و در نتیجه این گونه بود که توانستند علوم و فنون غربی را به ایران با خود بیاورند. برای نمونه، تولوزان در معرفی تعداد زیادی به اصطلاح تغییرات در رشته پزشکی ایران، سهمیم بود. از جمله این فعالیت‌ها تأسیس

«یک بخش پزشکی واقعی در کشوری بود که او را پذیرفته بود»، او همچنین «ریاست دانشکده پزشکی» در تهران را به عهده داشت.^{۷۵۶} اما در همه این موارد، بزرگنمایی و تظاهر می‌شد. چرا که هیچ کدام از این نهادها وجود خارجی نداشته است. همچنین نادرست است که تولوزان را پدر بهسازی همگانی در ایران بدانیم، زیرا همان گونه که الگود گفته، چیزی که ما را در این مورد راهنمایی کند وجود ندارد، فقط گزارشی وجود دارد که چنین پیشنهادی در آن ارائه شده است.^{۷۵۷}

از جانب دیگر، او تنها فردی نیست که پیشنهاد برنامه بهداشت عمومی برای

⁷⁵⁵ Théodoridès 1998 b; Ruznameh-ye Sharaf 1885; Chronique Médicale 1897, vol. 4, p. 567.

⁷⁵⁶ Brisou 1998; Théodoridès 1998 a; Elgood 1951; Hassendorfer 1954; Schneider 1911.

⁷⁵⁷ Ebrahimnejad 1998; Elgood 1951, p. 511.

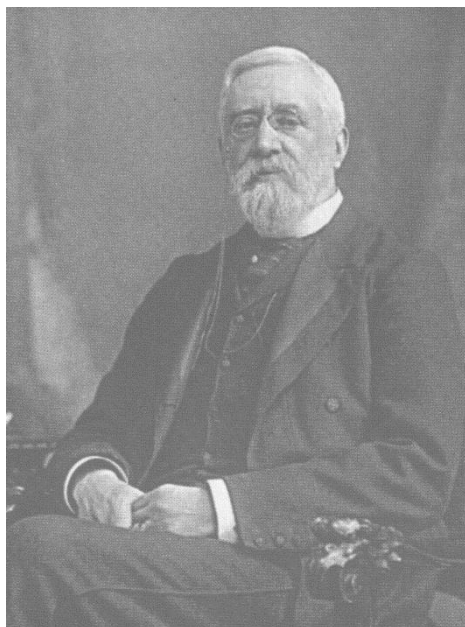
شهرهای ایران داده و نه آخرین آن‌ها بوده است. به ویژه، پزشکان بریتانیایی که در بوشهر کار می‌کردند، به طور مدام، کوشش‌های خستگی‌ناپذیری را در این راستا انجام دادند. از جمله این افراد، پزشکانی بودند مثل، مک آلیستر (Mc. Alister) در سال ۱۸۵۶، کولویل (Colville) در سال ۱۸۶۶، هوجل (Hojel) در سال ۱۸۶۸. که حکومت محلی را برای پیاده‌سازی چنین برنامه‌های، در پیش از آن که تولوزان انجام دهد، علاقمند کرده بودند؛ هر چند که تلاش‌ها در این راستا بی‌فایده بود اما بریتانیایی‌ها و دیگر پزشکان، تلاش‌های خود را در این قالب ادامه دادند.^{۷۵۸}



تصویر ۲۳- تولوزان در سال‌های میانی حضور در تهران

بنابراین، به اصطلاح نفوذ تولوزان و دولت فرانسه، در معرفی علوم پزشکی غربی در ایران، اغراق آمیز به نظر می‌آید. از طرف دیگر، عمده‌مدرسین دارالفنون، زمانی که علوم پزشکی غربی در ایران و دارالفنون معرفی گردید، فرانسوی نبودند. یکی از دلایل گرایش به فرانسه، بیش از وجود پزشکان فرانسوی، این علاقه دانشجویان ایرانی بود که به دلیل ملاحظات سیاسی به جای تحصیل در روسیه و انگلیس، به سوی فرانسه روی می‌آوردند.

افزون بر این، در آن زمان، زبان فرانسوی، زبان خارجی‌های مقیم تهران و دارالفنون بود. نتیجه این شد



تصویر ۲۴- تولوزان در سال‌های پایانی زندگی

که به خاطر برتری زبان فرانسه، به شکل مؤثری، دسترسی روشنفکران ایرانی به دیگر منابع زبانی برای کسب اطلاعات، محدود شد. بدین سان، بیشتر ترجمه‌هایی که به زبان فارسی برگردان شدند از زبان فرانسوی بودند. اما به هر حال، این جریان به معنی آن نبود که پزشکان فرانسوی نقش عمده‌ای در به وجود آوردن رشته علوم پزشکی ایران بازی کرده باشند. به نظر این نویسنده، در واقع، سایر معلمین دارالفنون مثل پولاک و

شلیمر، سهم به‌سزایی در پیشبرد معرفی علوم غربی نسبت به تولوزان داشتند، زیرا آن‌ها در مقایسه با تولوزان، تعداد زیادتر و مؤثرتری کتاب درباره علوم پزشکی نوشتند. برون ده علمی تولوزان به صورت عمده جامعه پزشکی اروپا را هدف قرار داد. افزون بر آن، در زمان حیات تولوزان، تعداد پزشکان امریکایی و انگلیسی از یک یا دو پزشک فرانسوی که در ایران حضور داشتند پیشی گرفت. همچنین، پزشکان انگلیسی و امریکایی، در سرتاسر ایران، به کار مشغول بودند و اغلب آموزش پزشکی را در محیط‌های ساختارمند فراهم نمودند اما پزشکان فرانسوی، این کار را انجام ندادند. تنها در ارومیه، در سال ۱۹۰۵، پزشکان هیئت اعزامی امریکایی، بیش از ۳۰ پزشک ایرانی را آموزش دادند که آموزش‌های پزشکی جامعی را شامل جراحی و کار

آزمایشگاهی دریافت کردند^{۷۵۹}. این وضعیت در دوره قاجار تغییر نکرد. در سال ۱۹۱۵،
 ”دانشکده پزشکی تهران دو استاد فرانسوی داشت و چند ایرانی نیز بودند
 که در فرانسه تحصیل کرده بودند. عمده دروس به فرانسه، فقط در بعدازظهر،
 داده می‌شد و در نتیجه دانشجویان می‌توانستند به عنوان شاگردان پزشکان،
 خدمت کنند. درس آناتومی از طریق تصاویر و یک اسکلت آموزش داده می‌شد.
 هیچ گونه تشریحی انجام نمی‌گردید و هیچ آزمایشگاه، حرفه پرستاری و
 جراحی وجود نداشت.“^{۷۶۰}

مسلماً چنین گونه‌ای از تدریس، دانش آموختگانی را از این دانشکده تربیت
 می‌کرد که آموزش پزشکی تکمیل نشده‌ای داشتند. در حقیقت، ”بیمارستان آمریکایی
 هیئت اعزامی، تنها مکانی (در تهران) بود که جراحی در آن انجام می‌شد؛ هیچ جراح
 ایرانی وجود نداشت.“^{۷۶۱}

گرچه پزشکان آمریکایی در دانشکده پزشکی دولتی آموزش نمی‌دادند، بسیاری از
 دانشجویان پزشکی، یک بخش مهم رو به افزایش از پرسنلی بودند که در بیمارستان
 میسیونری آمریکایی کار می‌کردند. در سال ۱۹۳۳، حداقل یکی از دانشجویان پزشکی به
 شکل دائمی در شمار کارکنان این بیمارستان در تمام طول سال قرار گرفت. سه نفر دیگر
 داوطلبانه خدمت کردند و چهار تا پنج نفر نیز دستورالعمل‌های بالینی را به صورت منظم
 در زمانی که از کلاس‌های درس خود آزاد می‌شدند، در آنجا دریافت می‌کردند^{۷۶۲}.

⁷⁵⁹ Ebrahimnejad 1998, p. 66; Floor 2004; Idem 2012.

⁷⁶⁰ PHS, 231/4, Hoffman 1969, pp. 28-29.

⁷⁶¹ PHS, 231/4, Hoffman 1969, p. 31.

⁷⁶² PHS, RG 91-19-11, Annual Report of Teheran Hospital, June 30, 1933

کتابشناسی

آرشیوها

Presbyterian Historical Society, Philadelphia, USA

PHS, 231/4, Rolla Edwards Hoffman, Pioneering in Meshed, the Holy City of Iran. Saga of a Medical Missionary. Duarte, California, 1969 (typescript).

RG 91-19-11, Tehran Medical Work Reports 1922-1952.

کتابها و مقالات

Afkhami, Amir Arsalan 2003. "Health in Persia: the Qajar period," *Encyclopedia Iranica*, vol. XII, Fasc. 1, pp. 104-111.

Arjah, Akram- Hadiyan, Farideh- Soltanifar, Sadiqeh- and Chehrekhand, Zahrah eds. 1371/1992. *Ketabshenasi-e Nosakh-e Khatti-ye Pezeshki-ye Iran*. Tehran: Ketab-khaneh-ye Melli.

Bamdad, Mehdi 1356/ 1977. *Tarikh-e Rejal-e Iran qorun-e 12-13-14*. 6 vols. Tehran: Zavvar.

Bernier, G.L. 1968. "Joseph-Désiré Tholozan (1820-1897), Agrégé du Val-de-Grâce, Premier médecin du Shah de Perse de 1858 à 1897," *Lyon-Val*, 5e année, no. 5, pp. 25-28.

Brisou, Bernard 1998. "L'épidémiologie et la prophylaxie du choléra vues par Tholozan," *Histoire des sciences médicales* - vol. 32/3, pp. 301-08.

Boulinier, Georges 1998, "Les origines du Dr Joseph Désiré Tholozan (1820-1897)," *Histoire des sciences médicales*, vol. 32/3, pp. 269-76.

Calmard, Jean 1999. "Jean-Baptiste Feuvrier," *Encyclopedia Iranica*, Vol. IX, Fasc. 6, pp. 569-571.

Curzon, G.N. 1892. *Persia and the Persian Question*. 2 vols. London.

Ebrahimnejad, Hormuz 1998. "Introduction de la médecine européenne en Iran au XIXe siècle." *Sciences sociales et santé*, 16/4, pp. 69-96.

- _____, 2014. *Medicine in Iran. Profession, Practice, and Politics, 1800-1925*. New York: Palgrave-MacMillan.
- Eghbal, M. 1955. "Les relations médicales entre la France et l'Iran à travers les âges," *Semaine des Hôpitaux*, 31e année, pp. 173-178.
- Elgood, Cyril 1951. *A Medical History of Persia*. Cambridge: Cambridge UP, pp. 517-18, 564;
- Floor, Willem 2004. *Public Health in Qajar Persia*. Washington, DC: MAGE, translated by Iraj Nabipur as *Salamat-e Mardom dar Iran-e Qajar*. Tehran, 1386/2007.
- _____, 2012. "The history of hospitals in Safavid and Qajar Iran, an enquiry into their number, growth and importance" in Fabrizio Speziale ed. *Hospitals in Iran and India 1500-1950s*. Leiden: Brill, pp. 37-116, translated by Iraj Nabipur as *Bimarestanha-ye Iran dar zaman-ye Safaviyeh va Qajar*. Tehran: Daneshgah-e `Olum-e Pezeshki-ye Bushehr, 1393/2014.
- _____, 2016. *Bushehr, City, Society and Trade 1800-1948*. Washington DC: MAGE.
- Hassendorfer, J. 1954. "Les médecins militaires français fondateurs et organisateurs de l'enseignement médical et de la Santé Publique en Iran," *Histoire de la Médecine*, juillet, pp. 57-63.
- Kazemzadeh, Firuz 2013. *Russia and Britain in Persia: Imperial Ambitions in Qajar Iran*. London: IB Tauris.
- Mollaret, Henri H. 1998. "Joseph Désiré Tholozan et la peste en Perse." *Histoire des sciences médicales* 32/3, pp. 297-99.
- Nadjmabadi, M. 1962. "Joseph-Désiré Tholozan. Un serviteur de la Médecine contemporaine iranienne." *Rev. Méd. Moyen-Orient*, 19, 645-57.
- Nasiri-Moghaddam, Nader 2004. *L'archéologie française en Perse et les antiquités nationales (1884-1914)*. Paris: Connaissances et Savoirs.
- Perry, L. de 1898. "La vérité sur la mort du Docteur Tholozan," *Chronique Médicale*, volume 5, pp. 35-39.
- Plessis, Jean-Louis & Théodoridès, Jean 1998. "Tholozan: médecin militaire à compétence étendue," *Histoire des sciences médicales* 32/3, pp. 279-86.
- Rodhain, François 1998, "Joseph Désiré Tholozan et la fièvre récurrente de Perse," *Histoire des sciences médicales*, vol. 32/3, pp. 309-13.
- Ruznameh-ye mellati*, No. 21, pp. 108-10.

- Ruznameh-ye Sharaf*, Moharram 1303/October-November 1885, no. 35.
- Schlimmer, Joh. L. 1380/2001. *Terminologie Médico-Pharmaceutique*. Tehran: Bavardan.
- Schneider, J. 1911. *La Médecine Persane, les médecins français en Perse, leur influence*, Paris: Wellhof et Roche.
- Théodoridès, Jean 1998 a. "Un grand épidémiologiste franco-mauricien: Joseph Désiré Tholozan (1820-1897)." *Bulletin Societe Pathologie Exotique*, vol. 91/1, pp. 104-108.
- ____ 1998 b, Tholozan et la Perse. *Histoire des sciences médicales* 32/3, pp. 287-96.

فهرست انتشارات تولوزان

1. *Observations anatomo-pathologiques relatives à l'histoire des tumeurs blanches*. Thèse Médecine--Paris, 28 August 1843, no. 214.
2. "Recherches sur quelques points d'anatomie et de physiologie pathologiques du choléra, extraites des conférences cliniques de M. Michel Lévy, médecin en chef du Valde-Grâce." *Gaz. méd. de Paris*. 1849, 19e année, 3e série, 4, no. 29, 557-558 ; no. 30, 576-578; no. 31, 593-596 ; no. 33, 630-633 ; no. 34, 654-657 ; no. 35, 670-674.
3. *Recherches sur quelques points d'anatomie et de physiologie pathologiques du choléra, extraites des conférences cliniques de M. Michel Lévy, médecin en chef du Valde-Grâce*. Extract from the *Gazette médicale de Paris*. Paris: E. Thunot et Cie, 1849 (48 p.)
4. *De l'état actuel des connaissances acquises en hématologie et des conséquences pratiques qui en découlent*. Paris: Baillière, 1853 (112 p.) (thèse de concours)
5. دو مقاله در میان دیگر مقالات پیرامون وبا. *Gaz. méd. de Paris*, 1853, 23^e année, 3e série, 8, no. 36, 555-556 ; no. 48, 743-744.
6. بسیاری مقاله پیرامون وبا. *Gaz. méd. de Paris*. 1854, 24e année, 3e série, 9, no. 3, 29-30 ; no. 11, 157-158 ; no. 16, 227-228 ; no. 17, 249-250 ; no. 18, 263-265 ; no. 29, 437-438 ; no. 31, 473-474 ; no. 32, 487-488 ; no. 34, 515-516 ; no. 36, 543-544 ; no. 40, 607-608 ; no. 49, 749.
7. مقالات پیرامون وبا. *Gaz. méd de Paris*. 1855 25e année, 3e série, 10, no. 17, 269-270 ; no. 28, 435 ; no. 31, 496-497 ; no. 33, 513- 514; no. 41, 652-654.
8. گزارش ها، عمدتاً پیرامون وبا. *Gaz. méd. de Paris*. 1856, 26e année, 3e série, 11, no. 1,13-14, no. 29, 441 ; no. 31, 490 ; no. 40, 612-616.
9. "Recherches sur les maladies de l'armée d'Orient pendant l'hiver de 1854 à 1855." *Bull. Acad. méd.* 1856, 20e année, 21, 1103-1109.
E. Thunot et Cie, 1856 (17 p.) همچنین به شکل جداگانه با همین عنوان توسط
به چاپ رسید.

10. *Des hémorrhagies pulmonaires au point de vue de la physiologie pathologique, de l'étiologie et de la séméiologie.* Paris: Imprimé par Henri et Charles Noblet, 1856 (19 p.)
11. *Des métastases*: thèse présentée et soutenue à la faculté de médecine. Paris: [Delahaye](#), 1857, 124 p.
12. *Nature et cause de la phthisie endémique de l'armée.* Paris: [s.n.], 1859.
13. *Hygiène militaire. De l'excès de mortalité du à la profession militaire; nature et cause de la phthisie endémique de l'armée; moyen de diminuer la mortalité des armées en temps de paix et en temps de guerre.* Paris: E. Thunot et Cie, 1859 (33 p.)
14. *De l'acrodynie qui s'est montrée en octobre et en novembre 1854 à l'armée d'orient; observations sur cette maladie, sa complication avec la choléra et la dysenterie, ses rapports avec le scorbut et la gangrene causé par la froid.* استخراج از *Gazette médicale de Paris* 1861. Paris: E. Thunot et Cie, 1861 (57 p.).
15. "Des calculs vésicaux en Perse; Quatorze opérations de lithomie pratiquées avec succès." *L'union médicale: journal des intérêts scientifiques*, Volume 10, 1861, pp. 302-03.
16. *Traité d'auscultation, de percussion et de palpation* (in Persian). Tehran: n. p., 1861. (Préface française autographe (4 p.) commençant par ces mots : "Ce livre est un exposé des moyens les plus simples et les plus pratiques d'arriver au diagnostic des maladies de la poitrine et du ventre" et portant à la fin la date : "Téhéran, 21 mars 1861. Dr Tholozan".)
17. "De l'identité de nature de certains abcès sous-cutanées ou profonds avec l'ecthyma et l'anthrax." Extract from the *Gazette médicale de Paris* 1862. Paris: E. Thunot n.d. (10 p.)
18. *Notice sur les apparitions et dispations brusques des épidémies et du choléra en particulier*, Paris: G. Rougier, n.d. (21 p.)
19. *Rapport sur l'hygiène en Perse.* Paris: [s.n.], 1863, litho.
20. *Traité du quinquina et des fièvres à quinquina.* 1863 translated into Persian as *Resaleh-ye zobdat ol-hekmat-e Naseri (Quinologie)* Tehran, 1260/1863-64, litho.
21. *De l'acrodynie qui s'est montrée en octobre et en novembre 1854 à l'Armée d'Orient: observations sur cette maladie, sa complication avec le choléra et la dysenterie, ses rapports avec le scorbut et la gangrène causée par le froid.* Paris: [Thunot](#), 1861 (57 p.)

22. "Observations sur le choléra." Extract from the *Gazette médicale de Paris*. Paris: [Thunot](#), 1868 (49 p.).
23. "Observations sur le choléra." *Gaz. méd. de Paris*, 1868, 39e année, 3e série, 23, pp. 339-345, 355-361, 431-437, 487-491, 579-584, 651-655, 679-684 summarized in one volume of 49 pages. Paris: Thunot, 1868.
24. *Une épidémie de peste en Mésopotamie en 1867*. Paris: V. Masson et fils, 1869 (77 p.)
25. "Note sur le cholera en Perse et sur la valeur des quarantaines par voie de terre," *Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie*. Paris 1869, 2ser. vi. pp. 643-44.
26. "Rapport à S.M. le Shah sur l'état actuel de l'hygiène en Perse, progrès à réaliser, moyens de les effectuer, résultats obtenus." *C.R. Acad. Sci.* 1869, 69, pp. 838-840. Texte présenté à la séance du 11 octobre par H. Larrey. The 64 page manuscript of Tholozan's report is kept in the Bibliothèque de l'Académie de Médecine (Paris).
27. *Resaleh-e sehhiyeh*. Tehran, n.d. (1869), litho (47 p.)
28. *Resaleh-ye badaye`-ye al-hikam naseri*. Tehran, 1285/1868. (310 p.) چاپ سنگی دوباره در تهران و اصفهان ۱۲۸۷/۱۸۷۰
29. *Origine nouvelle du choléra asiatique, ou début et développement en Europe d'une grande épidémie cholérique*. Paris: V. Masson, 1870. (92 p.).
30. "Note sur le développement de la peste bubonique dans le Kurdistan en 1871," *Gazette médicale de Paris*. Paris: Cusset, 1871 (10 p.) استخراج از
31. "Du développement de la peste dans les pays montagneux et sur les haut plateaux de l'Europe, de l'Afrique et de l'Asie." Note lue à l'Académie de Médecine 14 Juillet 1873, Paris : Gauthier-Villars, n.d. (4 p.)
32. *Durée du choléra asiatique en Europe et en Amérique ou persistance des causes productrices des épidémies cholériques hors de l'Inde*. Paris: G. Masson, 1872 (88 p.)
33. "[Du développement de la peste dans les pays montagneux et sur les hauts plateaux de l'Europe, de l'Afrique et de l'Asie.](#)" Paris, [Gauthier-Villars](#), 1873, (4 p.)
34. "Nouvelles preuves de l'origine européenne du choléra épidémique." *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*. Paris: V. Masson et fils, 1873 (10 p.) استخراج از

35. "Des foyers d'origine de la peste de 1858 a 1874, épimédecité et contagion de ce fléau," extract from *Comptes rendus des scéances de l'Academie des sciences*, vol. 79, 14 December 1874. Paris: Gauthier-Villar n.d. (4 p.)
۳۶. یادداشت دکتر تولوزان، پزشک شاه ایران، دربارهٔ وبا در شمال شرقی ایران طی سال‌های ۱۸۶۷-۶۹ در: "Note by Papers submitted by the medical officer, relating to the recent diffusion of cholera in Europe. London: Local Government Board, 1874, pp. 43-44. [بر اساس گزارش میرزا مصطفی، دانشجوی دارالفنون]
37. *Histoire de la peste bubonique en Perse, ou determination de son origine, de sa marche, du cycle des ses apparitions et de la cause de sa prompte extinction*. première mémoire, Paris: G. Masson, 1874 (42 p.).
38. *Histoire de la peste bubonique en Mésopotamie: ou determination de son origine, de sa marche, du cycle de ses apparitions et de la cause de son extinction spontanée*. deuxième mémoire, Paris: G. Masson, 1874 (88 p.).
39. *Histoire de la peste bubonique au Caucase, en Arménie et en Anatolie*: troisième mémoire, Paris: G. Masson, 1876 (67 p.).
40. "De la genèse du choléra dans l'Inde et de son mode d'origine," *Académie de médecine* ; [Lecture faite à l'Académie de Médecine de Paris le 22 Juin 1875] Paris : G. Mason, 1875, (27 p.)
41. *Les Foyers d'origine de la peste de 1858 à 1874, épidémicité et contagion de ce fléau*, 1875. Paris: Gauthier-Villars, n.d. (4 p.)
42. "Considérations générales sur les points d'origine des grandes des grandes épidémies cholériques." Paris: E. Martinet, n.d. (6 p.)
43. *Resaleh dar keyfiyat-e maraz-e ta`un*. Tehran, 1876, litho.
44. "De la Diphthérie en Orient et particulièrement en Perse." Note lue à l'Academie des Sciences 1 July 1878; extract from the *Gazette hebdomadaire de la médecine et de chirurgie*, Paris: G. Masson, 1878 (16 p.)
45. *Les trois dernieres épidémies de peste du Caucase, chronologie, géographie, prophylaxie*. Paris: G. Masson, 1879 (56 p.)
46. "Sur les tremblements de terre qui ont eu lieu en Orient du VIIe au XVIIe siècle." *Comptes Rendus de l'Académie des Sciences de France*, 1879, vol. 88, pp. 1063-1066.
47. *La Peste en Turquie dans les Temps Modernes, sa prophylaxie déféctueuse, sa limitation spontanée*. Paris: G. Masson, 1880 (256 p.)

48. "Sur deux petits épidémies dans le Khorassan." Extract *Comptes rendus des scéances de l'Académie des sciences* vol. 94, 16 January 1882. Paris: Gauthier-Villars, n.d. (4 p.)
49. "La peste dans les temps modernes, sa prophylaxie défectueuse, sa limitation spontanée." Extract *Comptes rendus des scéances de l'Académie des sciences* vol. 90, 12 April 1880, Paris: Gauthier-Villars n.d. (4 p.)
50. "Des phénomènes morbides produits par la piquêre de parasites voisins des ixodes ou tiques, les Argas de Perse," *Mém. Soc. Biol.*, 34 (1882), pp. 15-22.
51. "La peste de l'Irak-Arab," *Journal d'Hygiene*, Year 10; vol. 9, no. 414 (24 August 1884), pp. 413-15.
52. "Le choléra et la peste en Perse sans les quarantaines." Paris : Gauthier-Villars, 1885 (5 p.).
53. "Sur les vents du Nord de la Perse et sur le foehn du Guilan," *Comptes rendus des scéances de l'Académie des sciences* vol. 10, 2 March 1885. Paris: Gauthier-Villars, n.d. (4 p.)
54. "Invasions, degré et formes diverses de la peste au Caucase, en Perse, en Russie et en Turquie depuis 1835." Paris: Gauthier-Villars, 1887 (6 p.).
55. "La grippe en Perse en 1889-1890," *Bulletin de l'Académie de Medecine* 26, 1891, pp. 250-62; also appeared in the *Journal d'hygiène*, vol. 16 (1891), p. 488-98.
56. "Instructions sur le choléra." Tehran, 1892 (به فارسی) (16 p.)

نوشتارها

- رساله آبله کوبی، ۱۲۷۹/۱۸۶۲-۶۳
- رساله در تشریح قلب و اقسام عروق (نسخه خطی موجود در کتابخانه ملی)، این رساله به دوازش دم نیز معروف است.
- تشریح اعصاب (نسخه موجود در همدان)
- رساله هیئت، همچنین به مرات الکواکب معروف است و کتابی درباره اختراشناسی است (چندین دست نوشته از این کتاب در ایران شناخته شده است).

– نوشتارهای پزشکی تولوزان به فارسی در این منبع نگهداری می‌شوند:
Bibliothèque nationale (Département des Manuscrits supplément
Persan, nos. 1271 à 1288 and 1290 to 1301).

کتاب‌های منتسب به تولوزان

Qanun-e nezam. A treatise on military exercise, with illustrations by Mirza `Ali Qoli Khoy'i. Allegedly published in 1850/1267 (U. Marzolph, *Narrative Illustration in Persian Lithograph Books*, Leiden: Brill, 2001, p. 257). However, according to Moshar vol. 2, p. 2520 this book was published in 1861/1277. If the 1267 date is correct then the author cannot be Dr. Tholozan. Given the subject matter, it also seems very unlikely that he wrote it and therefore, both Marzolph and Moshar must have made a mistake.

فصل نهم

یوهانس لودویک شلیمر

و خلق اصطلاح شناسی پزشکی فارسی نوین

مترجم: اسماعیل نبی پور

دکتر یوهانس لودویک شلیمر، پزشک و معلم دارالفنون تهران و خالق بسیاری از آثار پزشکی به زبان فارسی است. او سهم به سزایی در آفرینش اصطلاح شناسی پزشکی استاندارد مدرن در فارسی دارد. اما پیرامون وی اندک نوشته شده است. بر خلاف مشارکت مهمی که در ساماندهی حرفه پزشکی مدرن در ایران داشته است فقط یک مقاله پیرامون وی در سال ۱۹۷۰ نگاشته شده است.^{۷۶۳} اخیراً اطلاعات جدیدی در دسترس قرار گرفته است که در ترکیب با اطلاعات پیشین، امیدوارم که بتوان او را از انزوا و فراموشی، بیرون آورد^{۷۶۴}.

خانواده هلندی شلیمر

یوهانس لودویک شلیمر در ۲۲ آگوست ۱۸۱۸ در روتردام متولد شد. والدین او، لودویک شلیمر و نیلتجی وریدن برگ، بودند که در تاریخ ۱۷ آگوست ۱۸۱۴ ازدواج کردند. پدرش در همان زمان؛ نوزده سال داشت و معلم مدرسه ابتدایی بود. مادرش ۲۶ ساله و بدون شغل بود. بنابراین، چنین بر می آید که اوضاع مالی خوبی نداشتند، جشن عروسی آن‌ها به عنوان بخشی از یک گروه ده تایی انجام گرفت که در آن گروه،

^{۷۶۳} یک مقاله اولیه توسط نجم آبادی در سال ۱۳۳۷ روی همین موضوع وجود دارد که در دسترس من نبود و احتمالاً حاوی همان اطلاعات مقاله سال ۱۹۷۰ اوست. بنگرید
Ardakāni 1354, pp. 277-78,

همچنین یک یادداشت کوتاه توسط عزیزی ۲۰۰۶، صص ۸۳-۸۴، که حاوی اطلاعات جدیدی نیست و افزون بر آن، اشتباهاتی نیز دارد.

^{۷۶۴} اطلاعات شجره‌نامه‌ای و تحصیلی شلیمر توسط دکتر والتر نگل تحقیق و جمع آوری شده و ایشان با کمال لطف و مهربانی آن‌ها را در اختیار اینجانب قرار داده است. بدون او من قادر نبودم که چنین اطلاعاتی را به دست آورم. به همین مناسبت از ایشان کمال تشکر را دارم.

آن‌ها چهارمین زوج بودند.^{۷۶۵} چهار سال پس از ازدواج آن‌ها، یوهانس لودویک، متولد شد. در آن زمان، آن‌ها در شهر روتردام در ناحیه گلاشاون (Glashaven)، زندگی می‌کردند و لودویک در همان محله معلم بود.^{۷۶۶}

در سیزدهم اکتبر ۱۸۳۱، پسر دیگری به نام کارل لودویک به خانواده شلیمر افزوده شد.^{۷۶۷} همچنین خواهر کوچک‌تر به نام لوئیس مگدالنا در تاریخ ۲۱ ماه مه ۱۸۲۲ به دنیا آمد.^{۷۶۸} لوئیس در ۲۱ آوریل ۱۸۵۲ با ژوکویوس لودولف که بازرس پلیس بود،^{۷۶۹}

^{۷۶۵} لودویک شلیمر در تاریخ نوزدهم نوامبر ۱۷۹۴، در دوردرخت (Dordrecht) غسل تعمید داده شد و نام‌گذاری گردید. والدین او یوهانس بالتازار شلیمر و یوهانا وایسر بودند. در زمان ازدواج پسرشان، پدر به تازگی فوت کرده بود و مادرش در روتردام زندگی می‌کرد. نیلتجی وریدن برگ در روز نوزدهم ۱۷۸۸ در روتردام غسل تعمید داده شد. والدین او در جیجسبرت وریدن برگ ان آگاتا وان هسندن بودند که در زمان ازدواج دخترشان، در قید حیات بودند و در روتردام زندگی می‌کردند. Stadsarchief Rotterdam, akte 56 (1814 b).

^{۷۶۶} وقتی که تولد او در شهرداری به ثبت می‌رسید در میان افرادی که حاضر بودند پدر بزرگش جیجسبرت وریدن، ۷۴ ساله بدون حرفه نیز وجود داشت. Gemeentearchief Rotterdam, akte 1373 (1818 b018).

^{۷۶۷} او در روز ۲۱ ماه مه ۱۸۶۲، با یوهانا ورمیر ازدواج کرد. او در تاریخ ۸ جولای ۱۹۰۳ از دنیا رفت و همسرش در تاریخ دهم سپتامبر ۱۹۰۹ فوت کرد. Stadsarchief Rotterdam, akte 336 (1862 b076v), 3396 (1903 d125v), 4130 (1909 f068); NA, Legatie Perzië, bestanddeel 1, letter 22, Knobel to MinBuiza (24/02/1890).

^{۷۶۸} Gemeentearchief Rotterdam, akte 1041 (a211).

در اینجا نامه پدر او به آنچه در موقع ثبت تولد برادرش بوده است اندکی متفاوت است. به عبارتی، والدین: لودویک جان شلیمر بالترزون و نیلتجی وریدنبورگ. بر طبق اطلاعات که از مکاتبات خصوصی شلیمر که در دست سر کنسول هلند در تهران موجود بود او دارای ۳ خواهر دیگر نیز بوده است. آگاتا که با دی شومیکر که معلمی در بردا بود، ازدواج کرد. هریت، متولد سال ۱۸۲۷، که با شخصی به نام ویت ولت ازدواج کرد و در ارکن زندگی می‌کرد و دیگر امیلی که ازدواج نکرده بود.

NA, Legatie Perzië, bestanddeel 1, letter 22, Knobel to MinBuiza (24/02/1890).

^{۷۶۹} Gemeentearchief Rotterdam, a104 akte 201.

جاکوبوس لودولف در تاریخ ۳ فوریه ۱۸۲۷ در روتردام متولد شد. پدرش جاکوبوس لودولف و مادرش جاکوبا رانک بود.

Gemeentearchief Rotterdam, a049v akte 281.

ازدواج و در ۲۹ آگوست ۱۸۶۷ فوت کرد.^{۷۷۰} شلیمر از ایران با شوهر خواهرش بسیار مکاتبه داشت و در میان مطالبی که بین آنها رد و بدل می شد اطلاعاتی درباره چاپ مطالعاتش در مورد وبا نیز دیده می شود؛ اما مکان و مقدار این مکاتبات نامشخص هستند، اگر هنوز موجود باشند.^{۷۷۱} وجود این گونه ارتباط مکاتبه ای را در اعلامیه فوت لودولف می توان برداشت نمود زیرا در آن اعلامیه آمده بود که این اعلامیه تنها به خاطر خویشاوندانی که در خارج هستند به چاپ رسیده است. به این معنی که خانواده می خواستند بدین وسیله به اقوامی که در خارج هستند، اطلاع رسانی کنند.

Heden overleed tot onze diepe droefheid, na een smartelijk lijden, onze geliefde Echtgenoot en Vader, de Heer JACOBUS LUDOLPH, Commissaris van Politie dd. Waterschout alhier, in den ouderdom van 53 jaren.
Wed. J. LUDOLPH—Hozdr.
Namens de Kinderen.
C. J. LUDOLPH.
Rotterdam, 6 April 1880.
Wegens buitenl. familiebetrekkingen eerst heden geplantst. 11406

تصویر ۲۵- اطلاعیه فوت شوهر خواهر دکتر شلیمر

Rotterdam den 13 Augustus 1839. Heden overleed; na langdurige smarten en verzivakking, in den ouderdom van een en vijftig jaren, Meisjefvrouw NEEL T. J. VREEDENBURGH, geliefde Echtgenoot van L. SCHLIMMER, J. B.

تصویر ۲۶- اطلاعیه فوت مادر دکتر شلیمر

⁷⁷⁰ Gemeentearchief Rotterdam, d063 v akte 2680.

جاکوبوس لودولف در ۱۶ دسامبر ۱۸۷۵ با جرترویدیا یوهانا هندریکا هدت ازدواج مجدد کرد
Gemeente archief Rotterdam, akte 53 (Renkum)

و او در ۵ آوریل ۱۸۸۰ در زمانی که رئیس پلیس بود فوت کرد.

Gemeentearchief Rotterdam, b026 v akte 1299.

⁷⁷¹ NA, Legatie Perzië, bestanddeel 1, letter 22, Knobel to MinBuiza (24/02/1890).

*** De ondergeteekende brengt of herhaalt zijne dankbetniging aan allen, die bij de vervulling van zijn vijftigjarig hoofdonderwijzers-leven hem blijken van belangstelling in zijn persoon en werk hebben betoond; inzonderheid betuigt hij zijne erkentelijkheid voor de heusche en kiesch vereerende wijze, op welke zij allen hem in beiderlei opzigt hebben verblijd.
L. SCHLIMMER J. Bz.
Rotterdam, 30 Juli 1864.

تصویر ۲۷- اطلاعیه فوت پدر دکتر شلیمر

مادر شلیمر، پس از یک دوره طولانی بیماری، در سیزدهم آگوست ۱۸۳۹، در دلفشاون (Delfshaven) فوت کرد^{۷۷۲}. پدر شلیمر در تاریخ دوم سپتامبر ۱۸۴۰ در شهر روتردام ازدواج مجدد نمود. همسر جدید او خانمی ۵۳ ساله به نام الیزابت شوئن، متولد شهر دلفشاون، بود^{۷۷۳}. الیزابت نیز در ۳۰ جولای ۱۸۴۵ فوت کرد^{۷۷۴}. پدر شلیمر بار دیگر در تاریخ ۲۷ ژانویه ۱۸۴۹ ازدواج نمود، در آن زمان او ۵۳ سال داشت و هنوز هم معلم مدرسه بود.

در این زمان، زنی ۲۵ ساله به نام جری دیناناکارتا وان در زنده، اهل برن، همسر لودویک بود^{۷۷۵}. لودویک شلیمر (پدر) در سن ۷۲ سالگی در تاریخ ۶ مارس ۱۸۶۶ در شهر روتردام، از دار دنیا رفت. از او دو پسر و یک دختر بر جای ماند^{۷۷۶}. در آگهی فوت

⁷⁷² Kerkhof 56, Schoonderloo, gemeente Delfshaven (آدرس)

پدر او به عنوان یک معلم ارشد ثبت شده است.

Gemeentearchief Rotterdam, akte 48 (dated 16 August 1839).

⁷⁷³ Gemeentearchief Rotterdam, b106 v, akte 479.

⁷⁷⁴ Gemeentearchief Rotterdam, b234, akte 1897.

⁷⁷⁵ Gemeentearchief Rotterdam, akte 1.

او دختر جروان در زند و ماگاریتا لوترا بلوم ولیت بود. ازدواج‌های جدید حداقل دارای یک دختر بود که من اطلاعاتی درباره او یافتیم. ماگاریتا گراندینا شلیمر که در تاریخ ۱۸۴۹/۱۲/۰۵ در روتدام متولد شد و در تاریخ ۱۹۳۱/۰۲/۰۵ در زیلن فوت نمود. او در ۲۵ سالگی در حالی که معلم بود با شخصی به نام فرانسیسکوس آنتونیوس هریتوس کوریوس ازدواج کرد.

[www.gennet.nl/courbois/courbois/courbois-fm3.htm].

⁷⁷⁶ در آن زمان او در Zuid Blaak B 21 زندگی می‌کرد، جایی که تا حدود تاریخ ۱۸۲۸ در آنجا زندگی کرده است.

Gemeentearchief Rotterdam, akte 757 (dated 9 March 1866).

پدر شلیمر که در روزنامه به چاپ رسیده بود از او به عنوان یک معلم والامقام، مؤلف و اهل قلم یاد شده بود. از میان نوشته‌های ادبی او، من توانستم تنها مطالعه‌ای به عنوان «اصل و ارزش خلق و خوی ملی و عوام» پیدا کنم.^{۷۷۷}

تحصیل در روتردام و لیدن

بعد از ثبت تولد، هیچ‌گونه گزارشی از یوهانس شلیمر، به غیر از سرشماری ۱۸۲۹ در گزارش‌های شهرداری روتردام، وجود ندارد. یوهانس پس از پایان تحصیلات ابتدایی در روتردام، در اول سپتامبر ۱۸۳۵، به عنوان دانشجوی در بخش آناتومی و جراحی دانشکده بالینی روتردام، ثبت نام نمود و در سال‌های ۱۸۳۷ و ۱۸۳۸ در همان جا ادامه تحصیل داد.^{۷۷۸} یک بار هم در هلند در نوامبر سال ۱۸۳۶، به عنوان دانشجوی پزشکی در دانشگاه پزشکی لیدن، ثبت نام کرد^{۷۷۹} و تا سال ۱۸۳۸ - ۱۸۳۹، در آنجا تحصیل کرد^{۷۸۰} ولی در سال ۱۸۴۰، اسم او در فهرست دانشجویان خط زده دیده می‌شود که نشان می‌دهد ترک تحصیل کرده است.^{۷۸۱}

دلیل ترک تحصیل، شاید فوت مادر باشد، ولی در ۱۳ آگوست ۱۸۳۹، نام او در بین افرادی که برای ثبت فوت مادر به شهرداری روتردام مراجعه کرده بودند، دیده

⁷⁷⁷ Catalogue Koninklijke Bibliotheek; Biografisch Portaal van Nederland [www.biografischportaal.nl/persoon/09175594].

⁷⁷⁸ Van Lieburg 1978.

⁷⁷⁹ Du Rieu 1875, p. 1312 (17 November 1836: Joannes Ludovicus Schlimmer, Roterodamensis, 18, M[edical]).

در زیر مکان اقامت هیچ‌گونه آدرسی داده نمی‌شود ولی احتمالاً او در لیدن زندگی می‌کرده است. زیرا مسافرت کردن غیرممکن بود، بنگرید یادداشت بعدی. بر طبق Najmābādi 1349, p. 574 شلیمر افزون بر پزشکی، فلسفه و ریاضیات را تحصیل کرد و تحصیلات خود را در ۱۸ نوامبر سال ۱۸۳۶ تکمیل کرد.

⁷⁸⁰ Universiteit Leiden, ASF, vol. 213 (1838), vol. 214 (1839), which records his place of residence as a rented room at "Loman, Broessestraat, Leiden."

⁷⁸¹ Universiteit Leiden, ASF, vol. 215 (1840)

نام او پس از آن در جلد‌های کتاب آورده نمی‌شود.

نمی‌شود (عمل ثبت افراد فوت شده اغلب توسط یکی از پسران انجام می‌شد). احتمال این که او بیمار بوده باشد زیاد است زیرا بر اساس این واقعیت که در نهم سپتامبر ۱۸۳۹ نام او در فهرست بدهکاران داروخانه بوک (W.C. Bock) دیده می‌شود نشانگر این است که او مبلغ ۴۲/۹۴ و نیم فلورین هلندی بابت تهیه دارو، بدهکار بوده است.^{۷۸۲} چنانچه این داروها شخصاً برای وی بوده، پس می‌تواند دلیل قاطعی برای ترک تحصیل او به خاطر بیماری باشد. بنابراین، این واقعیت نشان می‌دهد که او تحصیلات پزشکی را نه در مدرسه بالینی روتردام و نه در دانشگاه لیدن، به پایان نرسانده است.^{۷۸۳}

ترک کشور به قصد ایران از طریق روسیه

در زمانی نامعلوم، در حدود سال‌های ۱۸۴۰، شلیمر، بدون دلیل مشخصی هلند را ترک کرد. ظاهراً در حدود سال‌های ۱۸۴۶ تا ۱۸۴۸، به مدت دو سال در حلب زندگی کرد. در آنجا، دربارهٔ یک بیماری و ناخوشی به نام جوش و یا کورک حلبی یا بغدادی، به مطالعه پرداخت. بین سال‌های ۱۸۴۰ تا ۱۸۴۸ او کجا بوده و یا به چه کاری اشتغال داشته، نامعلوم می‌باشد ولی آن چه روشن است این است که در سال ۱۸۴۹، سوریه را ترک کرد و خود را از طریق بغداد به کرانه‌های جنوبی دریای مازندران در شمال ایران رساند و در شهر مرکزی استان گیلان، رشت، اقامت کرد.^{۷۸۴}

⁷⁸² Regionaal Archief Leiden, Minutenakte van notaris Wijnstroom (inventarisnr. 320), شخصی که منزل و دارایی‌های آقای بوک (داروساز) جهت میراث برآورد کرده است. در کتاب بدهکاران، برگ ۹۰ شش خط مانده به پایین نام شلیمر دیده می‌شود از آنجایی که هیچ شلیمر قبل و بعد از یوهانس لودویک شلیمر در آرشیو لیدن در آن محدودهٔ زمانی وجود ندارد، می‌توان چنین برداشت کرد که منظور همین شلیمر می‌باشد. برای شکل دهی یک ایده پیرامون اهمیت بدهی، همان سند ارزشی ۳۰ فلورینی را به "یک ساعت طلا و همین طور کلیدهای نصب شده با آن" می‌دهد.

("een gouw horlogie en dito sleutels met haar gemonteerd").

⁷⁸³ Van Lieburg 1978.

امکان دارد شلیمر تحصیلات پزشکی را در خارج از هلند به اتمام رسانده باشد، ولی هیچ گونه اطلاعاتی که این امکان را به اثبات برساند تاکنون در دسترس نیست.

⁷⁸⁴ Najmabadi 1349, p. 575.

اینکه این اطلاعات که نجم آبادی از نوۀ او دریافت کرده چقدر درست باشد، مشخص نیست ولی آن چه معلوم است آن است که شلیمر قبل از ورودش به رشت، در تهران نیز اقامت داشته است. در آگهی فوت شلیمر که در یکی از روزنامه‌های تهران در سال ۱۸۷۶ به چاپ رسیده، گزارش شده است که او ۳۲ سال در ایران زندگی کرد. که نشان می‌دهد او می‌باید در حدود سال ۱۸۴۴ به ایران آمده باشد.^{۷۸۵} اگر چنین چیزی درست باشد به احتمال زیاد، قبل از چنین تاریخی، بایستی در حلب بوده باشد. از طرف دیگر، نجم آبادی، تاریخ ورود شلیمر به ایران را ۱۸۵۰ ذکر کرده و نوشته است که او به مدت ۳۰ سال در ایران مشغول به کار بوده است، اگر چنین چیزی نیز درست باشد پس سال آمدن او به ایران بایستی در سال ۱۸۴۶ باشد.^{۷۸۶} به هر حال، بدون شواهد مستند بیشتری، این موضوع قابل حل نیست.

پزشک دولتی در رشت

در سال ۱۸۴۸، زمانی که ناصرالدین شاه قاجار (۱۸۹۶-۱۸۴۸) به سلطنت رسید، میرزا تقی خان فراهانی، مشهور به امیرکبیر را به عنوان صدراعظم خود انتخاب نمود. امیرکبیر شخصیتی اصلاح طلب بود و دوست داشت ایران را به دروازه‌های تمدن جدید برساند. به همین نیت، در سال ۱۸۵۰، مدرسه جدیدی در تهران بنیاد نهاد و آن را دارالفنون نامید. در دارالفنون فرزندان اشراف در رشته‌های مختلف از جمله پزشکی، آموزش می‌دیدند. عقیده بر آن بود که پس از پایان تحصیلات از این مدرسه، بهترین آن‌ها جهت تکمیل تحصیلات به اروپا فرستاده شوند.

معلمین و مدرسین دارالفنون، اروپایی و اکثر آن‌ها اتریشی بودند. بهترین و

⁷⁸⁵ *Ruznameh* 1374, vol. 2, p. 1328 (6 Ramazan 1294/14 September 1877). In 1874, *The Athenaeum* 1874, p. 528

گزارش کرد که او نزدیک به ۳۰ سال در ایران طی گذران کرده بود.

⁷⁸⁶ Najmabadi 1349, p. 577.

برجسته‌ترین آن‌ها دکتر ژاکوب ادوارد پولاک (۱۸۹۱-۱۸۱۸)، از شهر وین بود که بعداً به عنوان یکی از پزشکان شخصی ناصرالدین شاه نیز منصوب گردید^{۷۸۷}. اضافه بر

آن، امیرکبیر در فکر بالا بردن توان نیروی دفاعی کشور و از جمله بهبود بخشیدن به سلامت و تناسب سربازان بود. به خاطر نیل به این هدف، او کیفیت مراقبت‌های پزشکی و بهداشتی و نظامی را بهبود بخشید و آن‌ها را در دسترس قشون قرار داد. به همین خاطر، در سال ۱۸۵۱، برای هر یک از سربازخانه‌ها در استان‌ها، پزشکی ویژه تعیین نمود. به منظور استحکام بخشیدن به این هدف و اطمینان یافتن از کیفیت مراقبت‌های پزشکی، او تعدادی پزشک خارجی و ایرانی



تصویر ۲۸- روزنامه وقایع اتفاقیه شماره ۲۱ به تاریخ ۲۶ شعبان ۱۲۶۷ قمری صفحه ۲ خبر تولد گوساله‌ای عجیب در رشت و بررسی لاشه آن به توسط دکتر تسلیم

^{۷۸۷} پادشاهان همیشه تعدادی پزشک شخصی داشتند و پس از ۱۸۴۶، همیشه یک پزشک یا بیشتر از پزشکان اروپایی، در میان آن‌ها بودند.

استقرار می‌یافتند، به عنوان جراح نظامی ارشد همان استان نیز برگزیده می‌شدند.^{۷۸۸} تا آنجایی که اطلاع داریم شلیمر با این که دارای مدرک رسمی پزشکی نبود به عنوان پزشک استان گیلان برگزیده گردید و به آنجا فرستاده شد. بر طبق فرمان ماه صفر ۱۲۶۶، برابر با دسامبر ۱۸۴۹- ژانویه ۱۸۵۰، او مبلغ ۱۵۰ تومان به صورت ماهیانه دریافت می‌کرد. با این که زمان اقامت او در رشت در یکی از نشریات آن زمان از او یاد شده ولی چیز زیادی در مورد اقامتش در گیلان در دست نیست.^{۷۸۹} یادآوری نام او در نشریه به این دلیل بود که در همان زمان یک گوسفند دو سر در تاریخ ماه مه ۱۸۵۱، متولد شد که موجب تعجب همگان گردیده بود. نشریه دولتی گزارش کرد "که پس از سه روز آشفتگی محلی و عمومی، حیوان برای کالبد شکافی و مطالعه به دکتر شلیمر که پزشک رسمی بود، سپرده شد"^{۷۹۰}. به گزارش نوۀ او، پس از آن، شلیمر بدون دلیل مشخصی به تالش سفر کرد. ولی به دلیل برف و مشکلات دیگر، راه خود را در جنگل گم کرد، تا این که سوسوی چراغ کلبه‌ای نظرش را جلب نمود و برای پناه گرفتن به سمت آن رفت. او دور از جمعیت شهر، برای مدتی در این کلبه خانوادگی زندگی کرد. تا این زمان او جذام را ندیده بود. اما یکی از اعضاء این خانواده به نام احمد به این مرض مبتلا بود. به همین جهت شلیمر او را با خود به رشت برد و معالجه‌اش کرد. احمد، تا سال ۱۸۵۳، در رشت نزد شلیمر ماند. به دلیل درمان موفقیت آمیز احمد، شلیمر شهرت به سزایی در میان همه افراد رشت، فقیر و ثروتمند، به دست آورد.^{۷۹۱}

⁷⁸⁸ Floor 2004, p. 189, note 104.

⁷⁸⁹ Adamiyat 1348, p. 327; Ruznameh 1373, vol. 1, p. 303 (nr. 56, 5 Jomādi I, 1268/26 February, 1852).

همان گونه که در بالا بیان شد یوهانس شلیمر در تاریخ ۱۸۳۹ دانشگاه لیدن را ترک کرد و هیچ گونه سندی که دال بر اتمام تحصیلات دانشگاهی او باشد در دست نیست. او بایستی به خانواده و همکارانش در ایران گفته باشد که تحصیلات پزشکی را تمام کرده یا این که آن‌ها این گفتار را بدون سند و مدرک باور کرده بودند. به همین دلیل بوده که نجم آبادی ۱۳۴۹ ص ۵۷۳ نوشته که او از دانشگاه لیدن فارغ التحصیل شده بوده است.

⁷⁹⁰ Ruznameh 1373, vol. 1, p. 101 (26 Sha'ban 1267/26 June 1851).

⁷⁹¹ Najmabadi 1349, p. 575.

معلم دارالفنون



تصویر ۲۹- تصویر شلیمر

زمان آمدن شلیمر به تهران و مشغول شدن به تدریس در دارالفنون کاملاً مشخص نیست ولی به نوشته نجم آبادی، شلیمر برای چندین سال در رشت ماندگار بود تا این که در سال ۱۸۶۰، به دلیل شهرت، برای تدریس در دارالفنون به تهران فراخوانده شد، یعنی زمانی که پولاک ایران را ترک کرد^{۷۹۲}. ولی به هر حال، طبق گزارش روزنامه دولتی، در تاریخ ژانویه ۱۸۵۱، برابر با ربیع الاول ۱۲۶۷، شلیمر نیز در میان خارجی‌هایی که در خدمت دولت بودند، برای تدریس در دارالفنون برگزیده شد^{۷۹۳}.

در عین حال، گزارش بیشتری که دال بر زمان دقیق شروع تدریس وی باشد وجود ندارد. در واقع، شلیمر در سال ۱۲۷۱/۵۵-۱۸۵۴ در تیپ کرمان با درجه سرهنگی به عنوان پزشک مشغول به خدمت بوده است^{۷۹۴}. به نظر می‌رسد تا آوریل سال ۱۸۵۶، به عنوان پزشک ارتش خدمت کرده است. زمانی که شلیمر به عنوان جانشین پولاک برای تدریس دانشجویان در بیمارستان دولتی برگزیده شد، ناصرالدین شاه، به همین مناسبت یک شال ترمه به عنوان هدیه به او بخشید^{۷۹۵}. از آنجایی که دانشجویان بیمارستان دولتی همان دانشجویان دارالفنون بودند، این طور به نظر می‌آید

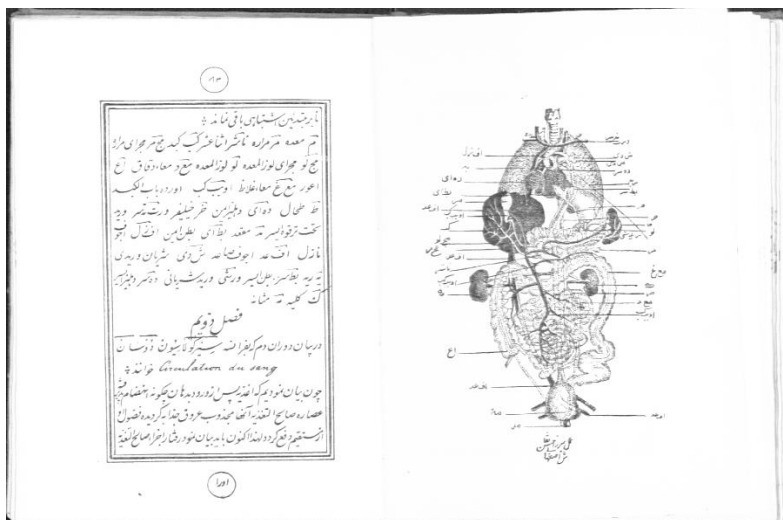
⁷⁹² Najmabadi 1349, p. 575.

⁷⁹³ Adamiyat 1348, p. 356.

⁷⁹⁴ E'temad al-Saltaneh 1367, vol. 2, p. 1220.

⁷⁹⁵ Ruznameh 1373, vol. 3, p. 1738 (4 Sha`ban 1272/ 10 April 1856).

که او می‌بایستی در دارالفنون تدریس کرده باشد و یا دست کم از آن تاریخ به بعد مدرس دارالفنون بوده است.



تصویر ۳۰- برگه از کتاب سرالحکمه تألیف شلیمر چاپ سنگی تهران ۱۲۷۹ قمری

در ژوئن ۱۸۵۷، از شلیمر به عنوان پزشک شخصی (حکیم باشی) شاه یاد شده و در همان زمان مشغول تدریس دانشجویانی در دارالفنون بود که مطالعات تکمیلی پزشکی را به انجام می‌رسانند این عمل قبل از این که آن‌ها ایران را به مقصد اروپا جهت تکمیل تحصیلات خود ترک کنند، انجام می‌شد.^{۷۹۶} بنابراین شلیمر از تاریخ ۱۸۵۶ تا ۱۸۶۶، در دارالفنون، تدریس داشته است، زیرا بنا به گفته نجم آبادی، او بیش از ده سال، مدرس دارالفنون بوده است. از آن پس، جایگاه خود را به دکتر میرزا تهرانی واگذار کرد و این شخص مسئولیت‌های تدریسی شلیمر را به عهده گرفت. چرایی رها

⁷⁹⁶ *Ruznameh* 1373, vol. 3, p. 2185 (8 Shavval 1273/1 June 1857).

برای فهرستی از دانشجویان شلیمر، بنگرید

Ardakani 1354, vol. 1, p. 303.

کردن تدریس معلوم نیست. در نوشته‌های پس از این، از او به عنوان مدرس پیشین دارالفنون، نام برده شده است.^{۷۹۷} این موضوع نمی‌تواند به دلیل پیروی او بوده باشد زیرا او پس از این زمان، مسافرت‌های بسیاری را به نواحی اطراف ایران جهت امور دولتی، انجام داد.

در زمان تدریس در مدرسه دارالفنون او به حرفه پزشکی نیز مشغول بود. همان گونه که قبلاً بیان شد برای مدتی پزشک مخصوص شاه نیز بود. در سال ۱۸۶۳، زمانی که کارگران تلگراف بریتانیا، در کاشان، به دلیل کیفیت آب و غذا بیمار شدند، دولت ایران بنا به توصیه سفیر بریتانیا، شلیمر را برای مداوای آن‌ها به کاشان فرستاد. او به مدت چند روز در کاشان ماند و با توصیه‌های پزشکی و اجرای رژیم غذایی مناسب، آن‌ها را معالجه کرد.^{۷۹۸}

همچنین شلیمر تلاش نمود وسائل و ابزارهای شیشه‌ای در دارالفنون بسازد و به احتمال زیاد این ابزارها برای کاربرد در امور پزشکی بودند. کوشش‌های او در این زمینه، نتیجه‌پذیری بار نیامورد. به همین مناسبت، فردی بذله‌گو در مورد این کار شلیمر، چنین سرود:

ای شلیمر، یک زمان در کار خود اندیشه کن

گر نمی‌گردد بلور در کوره، آن را شیشه کن^{۷۹۹}

پزشک درباریان و صاحب منصب سلامت عمومی

شلیمر، پس از دست کشیدن از تدریس، در تهران به کار طبابت و تحقیق پرداخت و در این زمان مأمور بهداشت عمومی (عضو مجلس حفظ الصحه) نیز بود.^{۸۰۰} همچنین

⁷⁹⁷ Najmabadi 1349, pp. 577-78; Schlimmer 1970, frontispiece.

⁷⁹⁸ *Ruznameh* 1370, vol. 2, p. 657 (25 Sha`ban 1280/4 February 1864).

⁷⁹⁹ Hedayat 1344, p. 58.

⁸⁰⁰ Najmabadi 1359, p. 577.

مسافرت‌هایی به اطراف و اکناف ایران از جمله قم، همدان، کردستان، اصفهان، یزد، کرمان، بندرعباس و سیستان و بلوچستان انجام داد. بر اساس اسناد و مدارکی که در اختیار نوه‌اش بود، دیگر در دارالفنون تدریس نمی‌کرد. بر اساس مفاد این مدارک، مسافرت‌های وی جنبه رسمی و دولتی داشت، زیرا از جانب ناصرالدین شاه به استانداران و مأموران دولتی استان‌ها دستور داده شده بود که در امور اجرایی با شلیمر همکاری و همیاری کنند^{۸۰۱}.

در چنین مسافرت‌هایی بود که اطلاعاتی در مورد بیماری‌های محلی همچون کرم گینه‌ای، جذام، کورک و جوش بغدادی، لک و پیس، تب راجعه، اسهال وبایی، وبای کودکان، پیل‌پایی، کرم حلقوی (تینا) و غیره جمع‌آوری کرد. او در مورد گیاهان، به خصوص گیاهان دارویی، تحقیقاتی انجام داد^{۸۰۲}. در سال ۱۸۷۴، دو سال قبل از درگذشت، سفر سختی انجام داد و آن زمانی بود که از طرف دولت برای تحقیق در مورد ورود طاعون به ایران از مرز عثمانی، به کردستان فرستاده شد. او مشاهدات خودش را در مورد طاعون در آنجا، در کتاب «فرهنگنامه»، به طور مختصر بیان داشته است^{۸۰۳}.

شلیمر، ترقی دهنده‌ی بازرگانی هلند

گرچه علاقه اصلی شلیمر پزشکی بود، ولی به این نتیجه رسیده بود که ایران به موقعیت‌های بازرگانی هلند علاقمندی نشان می‌دهد. به همین هدف و احتمالاً به امید این که پیگیری این جریان برای او درآمد و منافع ناچیزی بیاورد، نامه‌ای مفصل با

^{۸۰۱} لک و پیس، یک بیماری پوستی نادر است که رنگ قهوه‌ای از مناطقی از پوست از بین می‌رود و در نتیجه لکه‌های سفید بی‌نظمی که شبیه پوست طبیعی است، ایجاد می‌شود.

⁸⁰² Najmabadi 1349, p. 578;

برای جزئیات، بنگرید Schlimmer 1970 ذیل سرموضوعات گوناگون.

⁸⁰³ Ruznameh 1374, vol. 1, p. 344 (7 Safar 1289/16 April 1872); Schlimmer 1970, pp. 433-55 (q.v. peste).

جزئیات به جرج فیلیپ آیتمن (George Philippe Ittman)، حق العمل کار مؤسسه کشتیرانی مهمی در روتردام، نوشت. شلیمر اصرار کرد، ترتیبی داده شود تا بازرگانان هلندی بتوانند از امتیازات و موقعیت‌های بازارهای ایران بهره مند شوند. او در نامه‌اش، با جزئیات کامل، بیان داشت *“ایران دارای منابع عظیم معدنی می‌باشد ولی به طور کلی فاقد صنعت است، به همین دلیل، این کشور نیاز زیادی به تولیدات کشورهای متمدن غربی دارد.”*

اضافه بر آن، او به *“منافعی که شرکت هند شرقی هلند می‌تواند در ارتقاء ارتباطات بازرگانی موجود با ایران داشته باشد”* توجه نشان داد.

او همچنین به اهمیت و سوددهی تأسیس یک نمایندگی در تهران تأکید نمود که نیازی جهت توسعه درازمدت و ایجاد ارتباطات بازرگانی سودمند با ایران می‌بود. در نتیجه این نامه، بحث‌هایی بین آیتمن و ون زیلن ون ویوتی (Van Zylen Van vyvety) وزیر امور خارجه هلند آن زمان انجام شد. به منظور پیگیری این گفتگوها، وزیر *“با هدف بهره‌مندی از نفوذ، اطلاعات، زبان دانی و به کارگیری آداب و رسوم ایرانی شلیمر و نیازمندی‌های ایران”*، پست کنسولی افتخاری هلند را در تهران به او پیشنهاد داد. اما شلیمر این پیشنهاد را نپذیرفت، زیرا انجام چنین کاری نیاز به داشتن تأسیسات عظیم و ظواهر داشت که توانایی او چنین اجازه‌ای نمی‌داد. تصمیم بر آن شد که کنسول خانه‌ای در بوشهر تأسیس شود به همین جهت ریچارد سی. کن (Richard c. Keun) در پانزدهم ماه فوریه ۱۸۶۸، به عنوان سرکنسول گمارده شد.

کن زمانی که از هلند به بوشهر می‌رفت، جهت ملاقات با شلیمر در تهران توقف نمود^{۸۰۴}. از آنجایی که کن از حل و فصل کلیه کارها و مشکلات پیش آمده در بوشهر

⁸⁰⁴ Archief MinBuiza, B 93, “Geschiedenis van het Consulaat-Generaal te Bender-Bushir.” این گزارش از شلیمر به عنوان پروفسور دکتر جی. ال شلمیر، دارای لقب سرهنگی و دکتر رسمی ارتش ایران، شخصی مشهور و پرشور و انرژی یاد می‌کند. با در نظر گرفتن این که وزیر در تاریخ ۱۸۶۶ به وزارت رسیده باشد، نامه شلمیر که ضبط نشده است، می‌باید در تاریخ ۱۸۶۶ بوده باشد.

بر نمی‌آمد، آشفته شد و نشان داد که شخصیت او برای چنین پستی نامناسب و ناکارآمد می‌باشد. از این جهت، در تاریخ سوم فوریه ۱۸۷۲، بار دیگر پست کنسولی به شلیمر پیشنهاد داده شد اما شلیمر باز هم از پذیرفتن آن پست خودداری کرد و اظهار داشت که به جای پست کنسولی می‌تواند نمایندگی تجاری هلند در تهران را بپذیرد، که در این مورد وزیر موافقت نمود و شلیمر در تاریخ ۱۸۷۲ این پست را قبول کرد.^{۸۰۵} در ۲۴ فوریه ۱۸۷۳، شلیمر به طور رسمی به این پست منصوب گردید.^{۸۰۶} با این انتصاب، شلیمر به طور عملی مافوق کن (Keun)، کنسول هلند در بوشهر شد. در عین حال، کن خود را در جایگاه مهمی می‌دید بنابراین با شلیمر هیچ‌گونه رابطه‌ای برقرار نکرد و در عوض شلیمر نیز هیچ‌گونه تماسی با وی نداشت. از این جهت، کن به طور مستقیم با وزیر خارجه هلند، مکاتبه می‌کرد ولی در فوریه ۱۸۷۳، وزیر امور خارجه از کن خواست که به جای این که نامه‌هایش را مستقیماً به لاهه بفرستد آن‌ها را به شلیمر بدهد.^{۸۰۷}

با وجود مقاصد و نیت خوب و تلاش‌های فراوان، شلیمر نتوانست نتایج قابل قبولی برای تجارت هلند به دست آورد، اما دولت هلند در این مورد ناراحت نبود زیرا همان گونه که وزارت امور خارجه هلند در تاریخ سپتامبر ۱۸۷۶، نوشت "انتساب شلیمر یک تجربه بود"^{۸۰۸}. به هر حال، در همان سال فوت شلیمر، دولت هلند از روسیه که نمایندگی اقتصادی در ایران را داشت، درخواست نمود تا نمایندگی تجاری هلند در تهران نیز به طور موقت به عهده بگیرد.^{۸۰۹} دولت روسیه در جواب نوشت که آمادگی

⁸⁰⁵ Archief MinBuiza, B 149, Inventaris I, وزارت، نامه شلیمر به وزارت

⁸⁰⁶ Archief MinBuiza, B 93, "Geschiedenis van het Consulaat-Generaal te Bender-Bushir," per Koninklijk Besluit of 24/02/1873.

⁸⁰⁷ Archief MinBuiza, B 149, Inventaris I, Ministry to Keun (15/11/1875); Ibid., Memo to Minister (19/10/1875).

⁸⁰⁸ Archief MinBuiza, B 93, letter MinBuiza to Legation St. Petersburg (15 September 1876).

پیرامون تجارت هلندی‌ها با ایران، بنگرید. Floor 1988 and Ibid., 1996.

⁸⁰⁹ Archief MinBuiza, B 149,

حفظ و مراقبت از اسناد و مدارک شلیمر و امور کنسولی هلند را دارد ولی از آنجایی که نمی‌داند این چه نوع نمایندگی تجاری است، قادر به انجام این کار نخواهد بود.^{۸۱۰} نمایندگی تجاری هلند پایدار نماند زیرا در سال ۱۸۷۸، کن به عنوان کنسول در تهران برگزیده شد.^{۸۱۱}

سال‌های آخر شلیمر

شلیمر، تا پایان زندگی خود به عنوان عضو مجلس حفظ الصّحه دولتی و پزشک خصوصی کار می‌کرد و به برطرف کردن مشکلات و نیازهای پزشکی اعضاء دربار بیشتر تمایل نشان می‌داد. زمانی که اعضاء دربار به اقامتگاه‌های تابستانی می‌رفتند، شلیمر به عنوان پزشک، آن‌ها را همراهی می‌کرد. از جمله این سفرها، تابستان ۱۸۷۵ بود که آن‌ها در شکارآباد به سر می‌بردند. در همان زمان، اعتمادالسلطنه، وزیر دربار، شلیمر را فردی کج خلق توصیف نمود.^{۸۱۲} در اردوگاه سلطنتی، چادر شلیمر نزدیک به چادر اعتمادالسلطنه بود درباریان دیگر نیز به ملاقاتش می‌آمدند.^{۸۱۳}

شلیمر با افراد برجسته و نخبگان در خارج از دربار سلطنتی، تماس‌های منظمی داشت. اعتمادالسلطنه گزارش می‌کند شلیمر در هفتم جمادی الثانی برابر با یازدهم جولای ۱۸۷۵، جهت یک نشست اجتماعی در منزل او بود و آن‌ها گفتگوهای شاد و سرزنده‌ای با سید نقاش داشتند و اعتمادالسلطنه، شلیمر را در منزلش ملاقات نمود. همچنین شلیمر

یادداشت برای وزیر (مارس ۱۸۷۷) کن نوشت که برگزیدن یک نمایندگی تجارت جدید عاقلانه خواهد بود. همچنین هیچ بایگانی در مورد شلیمر موجود نبود و تنها تعدادی از رونوشت نامه‌ها وجود داشت.

Ibid., Keun to Ministry (20 July 1876).

⁸¹⁰ Archief MinBuiza, B 149, Legation St. Petersburg to Ministry (13/25 May 1876).

⁸¹¹ Floor 1988, p. 60f.

⁸¹² E'temad al-Saltaneh 1342, pp. 3, 5 (29 Jomādi I 1292/3 July 1875).

⁸¹³ E'temad al-Saltaneh 1342, pp. 7, 12.

شامی به اتفاق اعتمادالسلطنه در منزل سید نقاش داشته است^{۸۱۴}. شلیمر در تاریخ ۲۷ فوریه و یا ۲۵ مارس سال ۱۸۷۶، فوت کرد^{۸۱۵}. و در قبرستان پروتستان‌های تهران در محله اکبرآباد، غرب تهران، به خاک سپرده شد^{۸۱۶}. به خاطر خدمات برجسته او، دولت ایران درجه افتخاری سرهنگی و نشان شیر و خورشید ایران به او اعطاء کرد و از جانب دیگر، دولت روسیه نیز مقام، استانیسلاس (Stanislaus) به او داد^{۸۱۷}.

خانواده ایرانی شلیمر

پس از مرگ شلیمر، از او یک همسر و دو فرزند در ایران باقی ماند^{۸۱۸}. شلیمر با خانمی به نام بختاگل خانم، (وفات ۱۹۰۸) ازدواج کرد. او خانمی جوان ارمنی مذهب و شخصی تحصیل کرده و آشنا به زبان فرانسوی بود. زمانی که شلیمر او را دید، در میان عده‌ای از دختران درس خوانده بود. شلیمر از آن‌ها سؤال کرد آیا شما "چگونگی تولد خودتان را به یاد می‌آورید؟". تنها دختری که جوابش را داد بختاگل بود که گفت "اگر شما بیاد می‌آورید من هم می‌توانم به یاد بیاورم". او از چنین جوابی خرسند شد و به او علاقمند گردید و این، منجر به ازدواج آن‌ها شد. آن‌ها صاحب دو فرزند یک پسر به نام ادولف و دیگری دختری بود به اسم ماریا شدند. ادولف در دارالفنون تحصیل کرد و دولت با ادامه تحصیل او در اروپا موافقت نمود و قرار شد که هزینه تحصیل او را بپذیرد، ولی به علت مبتلا شدن به بیماری مننژیت، فوت کرد^{۸۱۹}.

⁸¹⁴ E`temad al-Saltaneh 1342, pp. 6, 13, 16 18-19.

⁸¹⁵ طبق یک دست نوشته توسط یک فرد نامعلوم، شلیمر در ۲۷ فوریه ۱۸۷۶ فوت کرد، بنگرید
Centraal Bureau voor Genealogie (The Hague, the Netherlands), Familie Schlimmer dossier
با این وجود، کن گزارش داده که مرگ شلیمر در ۲۵ مارس ۱۸۷۶ رخ داد
Archief MinBuiza, B 149, Keun to Willebois (20/07/1876).

⁸¹⁶ Najmabadi 1349, p. 579.

⁸¹⁷ Schlimmer 1874, frontispiece.

⁸¹⁸ Archief MinBuiza B 149, St Petersburg to Ministry (31 July/12 August 1876).

⁸¹⁹ Najmabadi 1349, p. 576.

اگر چه بنا به گفته نجم آبادی، ادولف در نوجوانی فوت کرده است. "این گفته نمی‌تواند درست باشد، زیرا زمانی که سرکنسول جدید هلند اف.ام.نوبل (F.M. Knobel) به جانشینی کن به تهران آمد، ادولف، به عنوان منشی و مترجم مخصوص به او پیشنهاد شد، ولی نوبل از استخدام او خودداری کرد. زیرا تحصیلات هر دو فرزند شلیمر (ادولف و ماریا) که حاصل ازدواج با یک خانم ارمنی بوده چندان دقیق به نظر نمی‌آیند. اضافه بر آن ادولف ممکن است حداقل چیزهایی داشته باشد ولی دارای منش خوب اروپایی نیست و زبان فرانسوی وی کافی به نظر نمی‌رسد در ضمن هلندی نیز هیچ نمی‌داند"^{۸۲۰}. دختر شلیمر با شخصی به نام مارکار آراکلیان (Markar Arakelian) ازدواج کرد که حاصل این ازدواج سه فرزند بود. (i) وارتانوش که همسر هایک طاوسیان داروخانه‌دار شد. او صاحب داروخانه‌ای در چهارراه عزیزخان تهران بود. (ii) آنجلیک همسر دکتر وقارمشاک یجیان شد، او نیز صاحب داروخانه‌ای در رشت بود. (iii) دکتر آشوت آراکلیان، استاد بخش ادبیات و علوم انسانی دانشگاه تهران این همان نوه‌ای است که نجم آبادی بیشتر اطلاعات خود درباره شلیمر را از او کسب کرده است.

مارکار آراکلیان پس از تولد آشوت فوت کرد و خانمش به تنهایی بچه‌اش را سرپرستی و بزرگ نمود^{۸۲۱}. شلیمر در حالت فقر از دنیا رفت و با فروش و حراج اموال او به اندازه کافی پول جمع آوری نشد که حتی کفاف بدهی‌های او را بدهد^{۸۲۲}. پسرش ادولف مدعی شد که پدر او مقداری مطالبات از برادران و خواهران خود داشته است. گرچه ادعای ادولف خیلی روشن و مشخص نبود، ولی کنسول هلند سعی بی‌فایده کرد

⁸²⁰ NA, Legatie Perzië, bestanddeel 1, letter 22, Knobel to MinBuiza (24/02/1890).

⁸²¹ Najmabadi 1349, pp. 576-77.

⁸²² Archief MinBuiza B 149, St Petersburg to Ministry (31 July/12 August 1876).

نوه او به نجم آبادی این نظر را القاء کرده که پدر شلیمر ثروتمند بوده است ولی آشکارا چنین نبوده است.

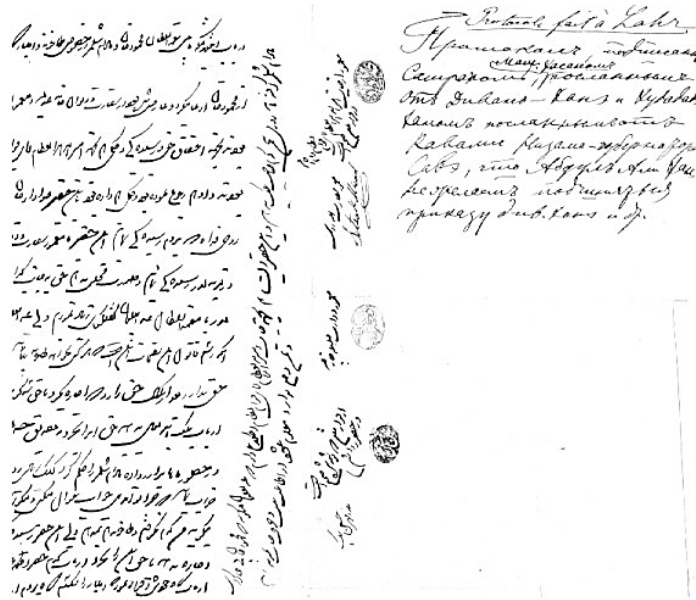
Najmabadi 1349, p. 575.

تا با برادران و خواهران شلیمر در هلند ارتباط برقرار کند، اما موضوع بدون به دست آوردن نتیجه‌ای خاتمه یافت^{۸۲۳}.

خوشبختانه همسر شلیمر مقداری دارایی از خود داشت، گذشته از آن، در همان زمان، مستمری بازنشستگی شلیمر نیز به همسرش تعلق گرفت که پس از مرگ همسر یعنی در سال ۱۹۰۸، به دخترش ماریا رسید که او نیز تا آخر عمر از آن بهره‌مند گردید. ولی داشتن مستمری و یا دارایی، در آن زمان ایران، لزوماً این را معنی نمی‌داد که می‌توان بدون گذران سختی‌ها، از آن‌ها بهره برد. در سال ۱۸۹۹، خانم شلیمر به عنوان شخصی هلندی که مورد حمایت دولت متبوع خود بود، شکایت نامه‌ای در مورد درگیری خود با یک زمین دار ایرانی، به نمایندگی هلند در تهران، ارائه داد. او نوشت که زمانی در روستایی به نام چاقاخچی، در قلمرو خرقان (ناحیه‌ای در قزوین)، زندگی کرده است. او در ساخت آسیابی در روستای لار (قسطنین لار قزوین) سرمایه‌گذاری کرد که در میان زمین‌های شخصی به نام نبی خان خمسه قرار داشت. در سال ۱۸۹۹، برابر با ذوالقعدة ۱۳۱۶، قراردادی در این زمینه با محمود خان قرخانی، (پسر نبی خان و قوم و خویش آصف الدوله، حاکم ساوه) برای یک دوره پانزده ماهه بسته شد که بر طبق مفاد آن، از آن زمان به بعد، او (محمود خان) از دو خروار گندم آرد شده ۹ باتمان عباسی (هر باتمان معادل ۳ کیلو) سالانه دریافت کند. از طرف دیگر، مخارج آسیاب به عهده یوسف خان (برادر خانم شلیمر) باشد. از آنجایی که در آن زمان، امضاء زنان معتبر شناخته نمی‌شد و وجهه قانونی نداشت، برادر خانم شلیمر به جای او قرارداد را امضاء کرد^{۸۲۴}.

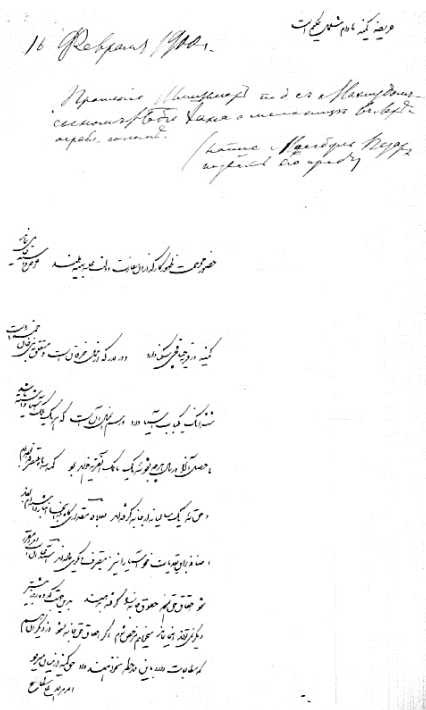
⁸²³ NA, Legatie Perzië, bestanddeel 1, letter 22, Knobel to MinBuiza (24/02/1890).

⁸²⁴ NA, Legatie Perzië, bestaandeel 34, Westra to Nelidoff (03/01/1900) plus enclosures.



تصویر ۳۱- توافقنامه بین محمود خان و خانم شلیمر

پس از گذشت ۳ ماه از کار آسیاب، خانم شلیمر مقدار ۲/۵ خروار گندم به نبی خان داد که نشان دهنده کل مقدار ادعایی سالیانه او بود. این مقدار خیلی جلوتر از وقت مقرر پرداخت شده بود. به جای تشکر و قدردانی از پرداخت جلوتر از وقت مقرر، نبی خان از خانم شلیمر سلب مالکیت کرد. علیرغم اعتراضات زیاد، او از برگرداندن مالکیت آسیاب با گندم‌های آسیاب شده، خودداری کرد. اضافه بر آن نبی خان مقدار ۴۰ خروار یونجه که خانم شلیمر در انبار ذخیره کرده بود، گرفت. طبق بیان خانم شلیمر، از آنجایی او یک زن بی پناه و ضعیف بود، نبی خان توانست همه چیز را غصب نماید. به همین جهت از نمایندگی هلند در تهران تقاضا کرد که از جانب او در این جریان دخالت کند.



تصویر ۳۲- درخواست خانم شلیمر به نماینده هلند

در غیاب سرکنسول هلند، شخصی به نام وسترا (P. westra) که مراقب اموال کنسولگری بود، از سفارت روسیه که در آن زمان به طور موقت حافظ منافع هلند بود، تقاضا نمود که در این مورد اقدام لازم به عمل آورد. در ژانویه ۱۹۰۰، محمود خان قرخانی را در تهران یافتند. نماینده هلند از سفارت روسیه درخواست نمود که او را دستگیر و به دیوانخانه بکشاند. در ۹ ماه مه ۱۹۰۰، دیوانخانه تشکیل شد و دیوانخانه به نفع خانم شلیمر رأی صادر کرد. دادگاه، محمود خان را به مبلغ ۸۰۰ قران به جای یونجه‌های

برداشته شده از انبار توسط نبی خان، جریمه کرد که باید پرداخت می‌شد. ولی محمود خان از پرداخت پول سر باز زد و به همین جهت وسترا (westra) به سفارت روسیه پیشنهاد داد موضوع را به مسئولین بالاتر ارجاع دهند تا او را مجبور به پرداخت پول نمایند. سرانجام در تاریخ ۱۵ ژانویه ۱۹۰۱، زمانی که محمود خان مبلغ ۶۰۰ قران را به نماینده خانم شلیمر، خدام آراکلیان، برادرزاده اش، پرداخت، موضوع حل و فصل شد.^{۸۲۵} گردآوری حقوق مستمری خانم شلیمر نیز خالی از اشکال نبود. در سپتامبر ۱۸۹۹، مستمری او مبلغ ۸۰۰ قران بود که معمولاً از طریق برات به وسیله یک صرافی

⁸²⁵ NA, Legatie Perzië, bestanddeel 34, Westra to Nelidoff (27/09/1900) and Westra to Batioukoff (19/07/1900) plus enclosures.

پرداخت می‌شد، اما هنوز هم پرداخت نشده بود. او از نماینده هلند تقاضا کرد که در این جریان، مداخله نماید. نماینده هلند موضوع را به سفارت روسیه ارجاع داد. در همان زمان، مسئولین ایرانی به او گفتند که شیوه پرداخت مستمری تغییر کرده و از این پس به وسیله حواله پرداخت می‌شود. در نوامبر ۱۸۹۹، هاوهاتز خان، رئیس بخش هلند در وزارت امور خارجه، به سفارت روسیه، اطلاع داد که حواله‌ها می‌بایستی توسط صدراعظم، امین السلطان امضاء شود، ولی امین السلطان در سپتامبر ۱۸۹۹ بیان داشت که به این موضوع نیازی نیست و به مصدق السلطنه دستور داد که حواله‌ها فوراً پرداخت گردد. ولی تا ژانویه ۱۹۰۰، دولت ایران هنوز مستمری خانم شلیمر را از مارس ۱۸۹۷ تا مارس ۱۸۹۸ پرداخت نکرده و حواله‌های آن‌ها در اختیار هاوهاتز خان بود.^{۸۲۶}

به نظر می‌آید که این مستمری در نهایت پرداخت شده باشد، زیرا پس از مرگ خانم شلیمر (در سال ۱۹۰۸)، دخترش این مستمری را به طور مرتب دریافت می‌کرد. در عین حال باید گفته شود که او نیز در دریافتش دچار مشکلاتی شده بود. در اواخر سال‌های ۱۹۲۰، شهردار تهران به او گفت که رضاشاه (۱۹۴۱-۱۹۲۵)، او را احضار کرده است. رضاشاه به او گفت که کلیه مستمری‌ها قطع شود از جمله مستمری شما، ولی از آنجایی که پدران خدمات ارزنده‌ای برای ایران انجام داده است مستمری شما، بازخرید می‌شود و یا به هر نحو که خودتان مایل هستید دریافت خواهید داشت. دختر شلیمر عرض کرد، «هر شیوه‌ای که شاه امر بفرمایند»، از آن پس مستمری او توسط سفارت ایتالیا، که در آن زمان حافظ منافع هلند بود، پرداخت می‌شد. اما پس از آن به وسیله تعدادی از مسئولین قطع شد. او به رضاشاه شکایت برد و رضاشاه، دستور داد، تا آخر عمرش، این مستمری را دریافت نماید.^{۸۲۷}

⁸²⁶ NA, Legatie Perzië, bestanddeel 34, Westra to Russian Legation (13/09/1899 and 18/11/1899); Westra to Nelidoff (03/01/1900); Westra to Nelidoff (27/09/1900); Hovhannes Khan to Batiousschkoff (21/09/1899)

⁸²⁷ Najmabadi 1349, pp. 576-77.

Արքայապետի Արքայի Առաջին Գրասենյակում
Գրված է 1882 թ. 2-րդ հունիսի 22-ը
Գրված է Գրասենյակի Գրասենյակի Գրասենյակում

Հունիսի 2-ին 1901.

Reçu de la Légation Impériale de Russie
la somme de 800 roubles tournois pour un
donné à Karaghapan à Sétrak Khan pour ses
dépenses (signé) Khoudan Arakelian.

تصویر ۳۳- رسید پرداخت به خانم شلیمر

سهام خدمات شلیمر به ایران

شلیمر بیماران نیازمند و فقیر را به طور مجانی مداوا و درمان می کرد و شهرت نیکوی او فقط به این دلیل نبود بلکه، عقیده و نظر بیماران و عامه مردم نسبت به او مثبت بود و او را شخصی مفید و خدمتکار می دانستند. بنا به گفته نجم آبادی، به همین دلیل او در سال ۱۹۵۰، در میان اهالی رشت مشهور بود^{۸۲۸}. پزشکان ایران نیز به شلیمر احترام می گذاشتند و او نیز به پزشکان ایرانی و شیوه های آن ها احترام می گذاشت^{۸۲۹}. در عین حال آن هایی که در کارشان کوشش نمی کردند را مورد سرزنش و انتقاد قرار می داد^{۸۳۰}. از آنجایی که شیوه های پزشکی ایرانی مفید بودند، در اقتباس از این شیوه ها و به کارگیری آن ها در اروپا، بحث می کرد.

برای نمونه، پزشکان قدیمی ایرانی، زمانی که بیماری به آن ها مراجعه می کرد

⁸²⁸ Najmabadi 1349, p. 575.

⁸²⁹ Najmabadi 1349, p. 579.

⁸³⁰ Schlimmer, *Terminologie*, pp. 32 (q.v. amaigrissement), 305 (q.v. graisse de la bosse).

گذشته از این که به بیمار دوا تجویز می کردند، نسخه‌ای نوشته شده به او می دادند تا در مراجعات بعدی همراه داشته باشد و بدین جهت هر پزشکی که او را در مشاوره‌های آتی درمان می کرد از نسخه‌های دارویی و درمان‌های قبلی بیمار اطلاعاتی به دست می آورد و بدین سان از تاریخچه پزشکی بیمار مطلع می شد. شلیمر که به پزشکان ایرانی در دفعات فراوان در درمان بیماری یاری می کرد، از روی تجربه می دانست که بیماران و همراهان و نزدیکان آن‌ها در مورد درمان و دواها به پزشک گزارش می دادند و حتی بعضی اوقات دستورالعمل‌های غذایی دوران طفولیت خود را بیان می کردند. بنابراین، این سؤال برای وی پیش آمد که آیا این شیوه ایده خوبی نیست که در اروپا پیگیری شود؟ افزون بر آن، او به اهمیت گفتگو بین پزشکان ایرانی و اروپایی تأکید داشت. این گفتمان از نظر او می توانست به برقراری معرفت شناسی از پزشکی ایرانی، منتهی شود^{۸۳۱}. سرانجام، شلیمر به درستی بیان کرد که در ایران تب مخملک روی می دهد، بر خلاف همکاران اروپایی وی که مخالف عقیده او بودند^{۸۳۲}. مهمترین سهم او کمک به شکل گیری علوم پزشکی در ایران بود. مدرسین اروپایی دارالفنون متوجه شده بودند که دانشجویان ایرانی برای آموزش پزشکی فاقد زمینه لازم و وقت می باشند. به عقیده شلیمر هدف از آموزش دانشجویان، در علوم پزشکی به شرح زیر بود:

”مهمترین دلیلی که مرا وادار کرد که همیشه به دانشجویان شرقی‌ام بپردازم، که خود شرحی آمیخته از سودمندی و مزاح است، مجبورم بگویم که دانشجویان به مطالعه جدی، بسیار اندک، انس گرفته بودند و تنها چیزی که برای پذیرش دانشجوی پزشکی نیاز است، اطلاعات از زبان فارسی (خواندن و نوشتن، به طور روان)، عربی، تسلط کامل به مشتقات کلمات و ریشه دستوری آن‌ها می باشد. به طور کلی، آن‌ها هیچ گونه زمینه اولیه از علم ندارند و ممکن است با

⁸³¹ Schlimmer, *Terminologie*, p. 482 (q.v. *recette*); see further, Ebrahimnejad 2004, p. 106.

⁸³² Schlimmer, *Terminologie*, pp. 501-03 (q.v. *scarlatine*).

تلاش‌های معلمین و کوشش‌های خودشان مبدل به آن چه که مأمورین سلامت اروپا در اوایل قرن نوزدهم بودند، شوند. در عین حال، نباید ناامید بود، زیرا برای دولت ایران غیرعملی است که با این وسایل محدود و تعداد کم مدرسین با ملیت‌های گوناگون، بتواند طرح‌های مطالعاتی رایج در اروپا را تحمیل کند.

بنابراین، لازم بود که با هم‌مین اوضاع، خرسند باشیم و دانشجویانی برای پزشکی ایران تربیت نماییم تا دانایی کافی برای تشخیص بیماری‌ها به طور جامع (بر اساس داده‌های بیماری شناسانه که علوم اروپایی بدون هیچ ابهامی آن را بنا نهاده‌اند) به دست آورند و امراض را با درمان‌هایی که مورد قبول بیشتر استادان مشهور باشند، درمان نمایند. در همه کشورهای متمدن جهان، گذشته از این که دانشجویان را آموزش می‌دهند که بیماری‌ها را تشخیص بدهند، این خواست وجود دارد که دانشجویان بتوانند، هم زمان، انجام تغییراتی را که طبیعت کشور در شیوه زندگی ساکنین آن الزام آور می‌سازد، بشناسند. از نقطه نظر جراحان، ما فقط نیاز به دانش کافی از کالبدشناسی کلی داریم تا بتوانیم اعمال جراحی عمومی غیرتهدید کننده زندگی (غیر تهاجمی) و همچنین زخم بندی‌ها انجام دهیم و دانشجویان قابلیت‌های رایج لازم در توانایی آماده سازی داروهای لازم در آن رشته را خودشان به دست آورند.^{۸۳۳}

بنابراین، هدف اصلی آماده کردن دانشجویان با پایه خوب دانش پزشکی است که آن‌ها را برای درمان شایع‌ترین بیماری‌ها و انجام جراحی‌های ساده، توانمند نماید و همچنین آن‌ها را آماده نماید که پس از پایان تحصیلات در ایران، جهت ادامه تحصیل به خارج از کشور بروند تا این که تبدیل به یک پزشک واقعی شوند. "آشنایی دانشجویان مدرسه دارالفنون با علوم پزشکی غربی و آخرین پیشرفت‌های آن عمدتاً از طریق تدریس شفاهی استادان صورت می‌گرفت، تعدادی کتاب درسی برای آن مدرسه توسط استادان

⁸³³ Schlimmer, Terminologie, pp. 228-29.

دارالفنون نوشته شد که بیشتر آن‌ها به شکل دست نوشته بودند.^{۸۳۴} گذشته از این، هیچ‌گونه کتاب پزشکی اروپایی جدید که به زبان فارسی باشد وجود نداشت؛ به همین جهت، این احساس نیاز در استادان اروپایی برای به وجود آوردن مجموعه‌ای از دانش پزشکی که پزشکان ایرانی را به روز کند همچنین ایجاد تسهیلاتی برای انتقال طب جالینوسی - اسلامی به طب جدید غربی، به وجود آمد. شلیمر چنین نوشت: "در آغاز تدریس، فقدان مجموعه‌ای از اختصارات علمی به زبان فارسی، نقص و مانع بزرگی بود"^{۸۳۴}. در ابتدا، پولاک و شلیمر، عمده‌ی درس‌های کلاسی خود را به زبان فرانسه برگزار کردند و مواد درسی خود را می‌نوشتند و این نوشته‌ها توسط دانشجویان یا مترجمانی که در دارالفنون کار می‌کردند، ترجمه می‌شدند.^{۸۳۵} اما پس از چندی شروع به تدریس فارسی کردند و مواد درسی را به فارسی نوشتند.^{۸۳۶} بین سال‌های ۱۸۵۴ و ۱۸۷۵، چهار نفر از استادان دارالفنون بیشتر کتاب‌های در دسترس و متون را برای کاربرد مواد آموزشی در دارالفنون، نوشتند. در این میان شلیمر، بیشترین سهم که معادل ۱۵ کتاب می‌شد را عهده‌دار بود. دست نوشته‌های او شامل موضوعات متنوع همچون داروشناسی، آسیب شناسی، چشم پزشکی و متون بیماری‌های اطفال بود.

پولاک اتریشی، ده نسخه کتاب دست نویس داشت که اساساً شامل مواردی همچون تشریح، وب، چشم پزشکی، جراحی و طب داخلی می‌شد. ایزیدور آلبو آلمانی (Isidor Albu) شش اثر که بیشتر در مورد جراحی، فیزیولوژی و پزشکی عمومی، بود تولید کرد. در حالی که ژوزف تولوزان فرانسوی (Joseph Tholozan) در دو نوشتار در مورد مایه کوبی آبله و پزشکی عمومی سهیم شد و سه کتاب دیگر به زبان فارسی با چاپ سنگی به چاپ

⁸³⁴ Schlimmer, Terminologie, p. 229.

⁸³⁵ *Ruznameh* 1373, vol. 1, p. 630 (nr. 105, 4 Jomadi al-Avval 1269/December 17, 1852); vol. 2, p. 1738 (nr. 271, 4 Sha'ban 1272/10 April, 1856).

⁸³⁶ Brugsch 1863, vol. 1, p. 278

ویژگی‌های شلیمر همراه با اطلاعاتی پیرامون ایران ارائه می‌دهد و شلیمر را پزشکی هلندی خو گرفته شده با [ایران] معرفی می‌کند که سالیان درازی در تهران زندگی کرد.

رساند^{۸۳۷}. بعضی از این متون توسط انتشارات دارالفنون به چاپ رسید^{۸۳۸} و تعدادی از آن‌ها هم توسط خود مؤلفین چاپ شدند که از جمله آن‌ها شلیمر بود. در سال ۱۸۶۳، اعلامیه‌ای در دو نوبت در روزنامه ایران در رابطه با چاپ و انتشار کتاب به چاپ رسید که عبارت بودند از: *سرّ الحکمه* (اسرار پزشکی)، کتابی که در مورد تشریح انسان بود و دیگری به عنوان *زینة الابدان* (در مورد بیماری‌های پوست)، کتابی که به اثرات بیماری‌های آمیزشی می‌پرداخت. نویسنده آن‌ها دکتر شلیمر هلندی (حکیم شلیمر فلامنکی) مدرس دارالفنون و بهای هر کدام از آن‌ها ۴۰۰۰ دینار بود. این کتاب‌ها را می‌توانستند از منزل نویسنده در محله سنگلج بغل دست مدرسه جدید یوسف خان در کوچه ترکمنی‌ها، خریداری کنند. همچنین در کاروانسرای دولت، از عبدالله وهابی، تاجر شیرازی، قابل خریداری بودند^{۸۳۹}. بیشتر این کتاب‌ها به شکل نسخه‌های دستنویس بودند و به همان شکل باقی ماندند و توسط دانشجویان دست به دست گردیده و به وسیله دانشجویان به عنوان مراجع برای آینده نگهداری می‌شدند^{۸۴۰}. همچنین دانشجویان تشویق شدند تا یادداشت‌های دروس خود در مورد بیماری و با را

⁸³⁷ Arjah 1371, Index; Elgood 1951, p. 502.

کتاب تولوزان پیرامون طاعون در تهران در سال ۱۸۷۶ به چاپ رسید، بنگرید
Ibid., vol. 1, p. 309 (Resaleh dar keyfiyat-e maraz-e ta'un).

افزون بر این، او رساله سمع و دق و یک اثر دیگر پیرامون Quinologie به چاپ رساند که هر دوی آن‌ها به شکل کتاب‌های سنگی فارسی ظهور یافتند، بنگرید

Schlimmer 1874, p. 227.

⁸³⁸ Ruznameh 1373, p. 630 (nr. 105, 4 Jomadi al-Avval 1269/December 17, 1852)

(«کتاب‌ها و رساله‌ها توسط مدرسین مدرسه نوشته شده و اغلب توسط دانشجویان ترجمه و به وسیله انتشاراتی دارالفنون به چاپ می‌رسید. این انتشاراتی توسط دانشجویان کار می‌کند و بدین سان، چاپ سریع را تسهیل می‌نماید. اولین کتاب پزشکی چاپ شده توسط دارالفنون «اناتومی بدن انسان» دکتر پولاک بود.»)

E'temad al-Saltaneh 1367, vol. 2, p. 1429.

⁸³⁹ Ruznameh 1370, vol. 1, p. 509 (17 Rajab 1279/8 January 1863); Ibid., vol. 1, p. 511 (24 Rajab 1279/15 January 1863). See Shteglova 1975, vol. 1, pp. 307-08 (Ketab-e Serr al-Hekmat in 1862; Ketab-e Zinat al-Abdan in 1862).

⁸⁴⁰ Najmabadi 1439, p. 577.

بین پزشکان و افراد غیروابسته به حرفه پزشکی پخش کنند تا در زمان شیوع بیماری
و، با، مورد استفاده قرار گیرند^{۸۴۱}.

جدول ۹-۱: فهرست کتاب‌های نوشته شده توسط شلیمر

شماره	عنوان	تاریخ انتشار
۱	سر الحکمه (اسرار پزشکی)	۱۸۶۲/۱۲۷۹
۲	زینه الابدان (بیماری‌های پوستی)	۱۸۶۲/۱۲۷۹
۳	شفاییه (درباره درمان)	۱۸۶۷/۱۲۸۴
۴	لغت نامه (فرهنگ فارسی - فرانسوی)	۱۸۷۴/۱۲۹۱
۵	قواعد الامراض (آسیب شناسی)	۱۸۷۵/۱۲۹۲
۶	اسباب الادویه (دارو شناسی)	؟/۱۲۹۲
۷	مفتاح الخواص (درباره تجویز دارو)	؟/۱۲۷۷
۸	جلا العیون (چشم پزشکی)	؟/۱۲۷۷
۹	ادویه و نسخه جات (دارو و تجویزات)	؟
۱۰	امراض الصبیان (بیماری‌های کودکان)	؟
۱۱	پاتولوژی (آسیب شناسی)	؟
۱۲	تحفه ناصری	؟
۱۳	تشریح ماده عصبی (آناتومی سیستم اعصاب)	۱۲۹۴
۱۴	قرابادین (کتاب دستور دارویی)	۱۲۹۲
۱۵	منتخب الشفاییه (گزیده‌ای از درمان‌ها)	۱۳۰۵

Arjah 1371, Index; Najmabadi 1349, p. 579.

در سال ۱۸۷۴، شلیمر مهمترین اثر خود به نام، لغت‌نامه پزشکی، به زبان‌های فرانسه
و فارسی چاپ و انتشار داد^{۸۴۲}. این کتاب به صورت فرهنگ نامه کوچکی از معادل‌های

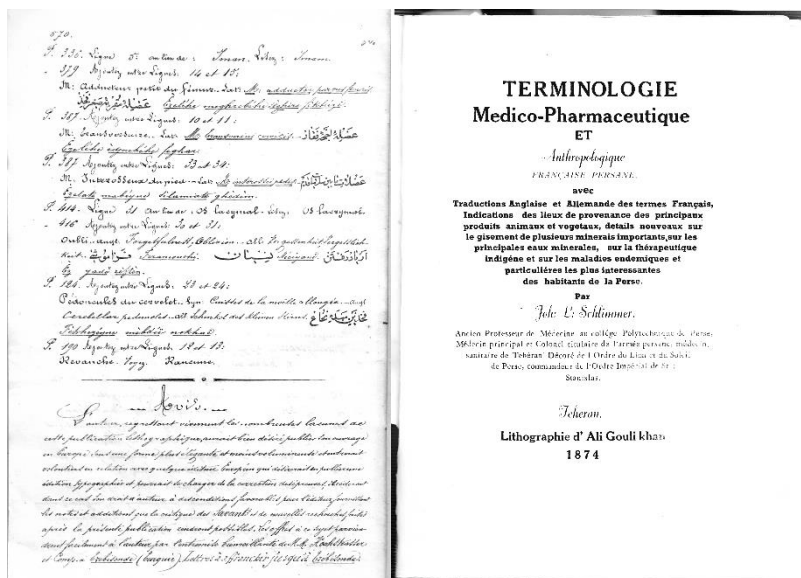
⁸⁴¹ Ebrahimnejad 2000, p. 173.

⁸⁴² در شرف چاپ بودن آن اعلان گردید در

The Athenaeum 1874, p. 528. Schlimmer's contemporary, Hedayat 1344, p. 58

که آن را به عنوان کتابی بسیار با ارزش که لایق چاپ مجدد است، معرفی کرده است. این فقط
در سال ۱۹۷۰ بود که اولین چاپ آن بیرون آمد و چاپ بعدی نیز در سال ۲۰۰۱

فارسی برای اصطلاحات رایج پزشکی فرانسوی، آغاز شد ولی پس از آن به یک فارماکوپه بزرگ و مهم تبدیل گردید. به گفته الگود (Elgood)، "این کتاب واقعاً یک تلاش عظیم برای گذار نمودن از ابن سینا به هاروی بود تا با کمترین زمان بتوان مجموعه واژگان کهن را به ایده‌های نو، تناسب داد و اصطلاحات فنی دانشگاه نوین را متعارف نمود"^{۸۴۳}.



تصویر ۳۴ - لغتنامه پزشکی، کتاب اصلی شلیمر

بدین طریق، این معلمین پیشگام و مترجمین؛ به ویژه شلیمر لغت‌ها و اصطلاحات فراوان را در علوم پزشکی گردآوری کردند که تا کنون نیز در دانشگاه‌های ایران از آن‌ها استفاده می‌شود. شلیمر، به عنوان یک مقام رسمی سلامت عمومی (عضو مجلس

⁸⁴³ Elgood 1951, p. 502.

برای تجزیه و تحلیل این رساله‌های نوشته شده توسط مدرسین اروپایی دارالفنون، بنگرید M. Najmabadi, "Tebb-e Dar al-Fonun va Kotub-e darsi-ye an," in Iraj Afshar ed. Amir Kabir va Dar al-Fonun, pp. 202-37, and Ibid., A Bibliography of Printed Books in Persian on Medicine and Allied Subjects (Tehran, 1364).

حفظ الصحه)، احتمالاً جزء آن اولین افرادی بود که مفهوم کلی از سلامت همگانی تحت عناوین «حفظ الصحه» و «جلوی مرض را گرفتن» تعریف نمود^{۸۴۴}. فراتر، شلیمر، رساله‌ای در مورد شیمی حیوانی و رساله‌ای نیز درباره امراض پوستی به فارسی چاپ کرد و اولین ویرایش بدون یادداشت‌ها از لغت نامه و واژه‌شناسی را انتشار داد. او چنین اظهار داشت:

”دروس من در مورد آسیب شناسی و درمان تخصصی، همراه با فارماکوپه بزرگ که حدود ۷۰۰ صفحه می‌باشد، هنوز به شکل دست نوشته و نیمی از آن به شکل چاپ سنگی باقی مانده است که علت آن فقدان بودجه کافی است. رساله چشم پزشکی من همراه با تصاویر و توضیحات پس از بیر (Beer) و دیگران آماده برای چاپ سنگی می‌باشد. من همچنین رساله‌ای در مورد فارماکودینامیک، مقدمات پزشکی و دیگری یک دوره پیرامون آسیب شناسی و درمان عمومی و دوره‌ای دیگر پیرامون نشانه شناسی، دیکته کرده‌ام که همگی آن‌ها به شکل دست نوشته نزد دانشجویانم می‌باشند. در این باره تعدادی از پزشکان سنتی ایران برای به دست آوردن نسخه‌هایی از آن‌ها شتافته‌اند“^{۸۴۵}.

دو سال پس از فوت شلیمر، یک آگهی تجارتي، در دو نوبت، در روزنامه ایران به چاپ رسید که بیان می‌داشت، او دوازده کتاب پزشکی به زبان فارسی نوشته است. یکی از آن‌ها به نام شفاییه (درمان‌ها) برای فروش ارائه شده بود. این کتاب شامل تعداد زیادی درمان برای انواعی از بیماری‌ها بود. از آنجایی که هزینه چاپ گران بود، به اطلاع رساننده شد که اگر تعداد ۱۰۰ نفر خریدار یافت شود آن گاه قیمت هر جلد کتاب سه تومان خواهد بود. اگر در مدت زمان ده روز پول از جانب خریداران برسد، تحویل

⁸⁴⁴ Schlimmer 1970, p. 473 (q.v. *preservation*).

⁸⁴⁵ Schlimmer, *Terminologie*, p. 230; Hedayat 1344, p. 58. نیز بنگرید

کتاب چهار ماه پس از آن انجام می شود^{۸۴۶}. پس از گذشت سه هفته از نشر این آگهی، آگهی دیگری در روزنامه دیده شد. آشکار است که ۱۰۰ خریدار یافت نشده بودند زیرا در آن هنگام پیشنهاد شده بود که اگر صد نفر خریدار باشد قیمت ۲۸ هزار دینار خواهد بود. در چنین شرایطی خریداران می بایست کتاب را از مغازه آقا محمد کاظم صراف واقع در ابتدای چهار سوق کوچک، به صورت نقدی، خریداری نمایند و به آن‌ها رسید داده می شود و پس از چهار ماه با ارائه همان رسید، کتاب را دریافت می کنند. در صورتی که تعداد مراجعه کنندگان، قبل از چاپ به ۷۰ یا ۸۰ نفر برسد، یک ماه پس از اتمام ثبت نام آن‌ها، کتاب به زیر چاپ خواهد رفت^{۸۴۷}.

سخن پایانی

از داده‌های بالا می توان نتیجه گرفت دکتر شلیمر از یک خانواده نجیب و فروتن و البته از جایی که آموزش مهم محسوب می گردید، آمده بود. به دلایل نادانسته‌ای، او تحصیلات پزشکی خود را کامل نکرد، و یا این که به نظر می آید که این کار را در هلند به انجام نرساند. به همین جهت تصمیم گرفت برای یافتن کار در خاورمیانه که کمبود اطلاعات پزشکی موجود بود و داشتن دیپلم رسمی پزشکی هم اهمیت چندانی نداشت، به جستجو بپردازد.

پس از اقامت دو ساله در شهر حلب (احتمالاً سال‌های ۴۴-۱۸۴۲)، شلیمر به ایران رفت و در سال ۱۸۵۱، به عنوان پزشک به استخدام دولت ایران درآمد. در سال ۱۸۵۶، به عنوان مدرس در دارالفنون برگزیده شد و در سال ۱۸۵۸، پزشک مخصوص ناصرالدین شاه شد. در سال ۱۸۶۶ از تدریس دست کشید و به عنوان مقام رسمی

⁸⁴⁶ *Ruznameh* 1374, vol. 2, p. 1328 (6 Ramazān 1294/14 September 1877). Adamiyat 1348, p. 359,

که بعضی از آثار او فهرست می کند و بیان می کند که شلیمر فارسی را به خوبی می نوشت.

⁸⁴⁷ *Ruznameh* 1374, vol. 2, p. 1336 (28 Ramazan 1294/6 October 1877).

سلامت عمومی مشغول به کار گردید. ماهیت این کار طوری بود که او را به نقاط مختلف ایران کشاند. در همان زمان برای ارتقاء سطح تجارت هلند تلاش نمود. گرچه در این کار با موفقیت چندانی رو به رو نشد، ولی موجب گردید که کنسولگری هلند در بوشهر دایر شود. او با دختری ارمنی، مقیم ایران، ازدواج کرد و پس از آن، چندین کتاب درسی و همچنین کتاب‌هایی برای استفاده در حرفه پزشکی نگارش کرد که تعدادی از آن‌ها به چاپ سنگی نیز رسیدند.

با وجود همه این تلاش‌ها که یکی از اهداف آن ازدیاد درآمد هم بود، زمانی که شلیمر فوت کرد بدهکار بود، ولی آینده همسرش با دریافت ماهانه مستمری او از سوی دولت تضمین گردید. از فعالیت‌های پزشکی و نوشتاری او در ایران چنین بر می‌آید که گرچه دارای دیپلم رسمی پزشکی نبود ولی در این حرفه شایستگی پزشکی کارا را داشت و از نظر همتایانش در مورد مهارتش در حرفه پزشکی هیچ‌گونه شکی وجود نداشت. در حقیقت، شلیمر به عنوان یک پزشک و نیز به خاطر کتاب‌هایش بسیار مورد ستایش قرار گرفت و این موضوع بر اساس اظهارات هم عصرهای او و سپس از سوی دست‌اندرکاران بیان شده است^{۸۴۸}.

بزرگترین سهم او در علوم پزشکی ایران تألیف و تدوین لغت‌نامه واژگان و اصطلاحات پزشکی است که یک تدوین اساسی اصطلاح‌شناسی پزشکی فارسی می‌باشد. این کتاب بر اساس درک خوب از هر دو اصطلاح‌شناسی پزشکی جدید اروپایی و ایرانی بنا شده بود. شلیمر طرفدار به دست آوردن یک درک خوب از پزشکی سنتی ایران و نیز ایجاد ارتباط با پزشکان سنتی برای تسهیل در معرفی پزشکی جدید بود. لغت‌نامه او تجسمی از چنین فلسفه‌ای می‌باشد و به همین جهت به میراثی ماندگار و راهنمایی‌گران مایه برای نسل‌های آینده دانشجویان پزشکی ایران، تبدیل شد.

⁸⁴⁸ E`temad al-Saltaneh 1367, vol. 2, p. 1084; Hedayat 1344, p. 58; Elgood 1951, p. 502; Najmabadi 1349.

کتابشناسی

آرشیوها

Archief MinBuiza or properly Archief Ministerie van Buitenlandse Zaken (Archives of the Ministry of Foreign Affairs), The Hague, the Netherlands

B 93

B 149, Inventaris I

I consulted this archive in 1975, but since then it has been transferred to the National Archives (The Hague), where the B-dossiers are available under access code 2.05.38. The letters and documents referred to here may be found in the files numbered 1370-1386. Because I have not consulted these files in their new location I used the old B file numbers.

Bibliotheek van de Universiteit van Leiden, the Netherlands

Afdeling Bijzondere collectives - Archieven van de Senaat en de Faculteiten (ASF)

ASF 18: volumina inscriptionum

ASF recensie lijsten: Deel 212 (1837); 213 (1838); 214 (1839); 215 (1840)

Centraal Bureau voor Genealogie, The Hague, the Netherlands

Familiedossiers

Familieadvertenties

Gemeentearchief Rotterdam, the Netherlands.

Archief Burgerlijke Stand

Three series: *geboorte*, *huwelijk*, *overlijden*; arranged by year

Each series has several books per year (*boek A, B, C, ...*)

In each book the folios are numbered: 1, 1v, 2, 2v etc. (v= verso)
In each folio the documents (*akten*) are numbered sequentially.

National Archief (National Archives), The Hague, the Netherlands.

Legatie Perzië, access code (*toegangsnummer*) 2.05.10.11. In this archive there are 50 folders (*bestandelen*) that are numbered sequentially. I have used folders 1 and 34.

Regionaal Archief Leiden, the Netherlands

Book of Debtors

کتابها و مقالات

Adamiyat, Fereydun 1348/1969. *Amir Kabir* (Tehran: Khvarezmī).

Ardakani, Hoseyn Mahbubi 1354/1975. *Tarikh-e Mo'assesat-e Tamaddoni-ye Jadid dar Iran*. 3 vols. (Tehran: Dāneshgāh).

Arjah, Akram- Hadiyan, Farideh- Soltanifar, Sadiqeh- and Chehrekhand, Zahrah eds. 1371/1992. *Ketabshenasi-e Nosakh-e Khatti-ye Pezeshki-ye Iran* (Tehran: Ketab-khaneh-ye Melli).

Azizi, Mohammad Hossein MD 2006. "Dr. Johan Louis Schlimmer (1819-1881): The eminent professor of modern medicine Dar al-Fonun school," *Archives of Iranian Medicine* 9/1, pp. 83-84.

Brugsch, Heinrich 1863. *Die Reise der K.K. Gesandtschaft nach Persien 1861-1862*, 2 vols. (Berlin: J.C. Hinrichs).

Du Rieu, Willem Nicolaas 1875. *Album studiosorum Academiae Lugduno Batavae MDLXXV-MDCCCLXXV: accedunt nomina curatorum et professorum per eadem secula* (Hagae Comitum: Apud Martinum Nijhoff).

Ebrahimnejad, Hormuz 2000. "Theory and Practice in Nineteenth-Century Persian Medicine: Intellectual and Institutional Reforms," *History of Science* 38, pp. 171-78.

_____, *Medicine and Public Health in the Qajar State* (Leiden-Boston: Brill, 2004).

Elgood, Cyril. *Medical History of Persia, and the eastern caliphate* (Cambridge: CUP, 1951).

E'temad al-Saltaneh, Mohammad Hasan Khan. *Ruznameh-ye Khaterat*. ed.

- Iraj Afshar (Tehran: Amir Kabir, 1345/1967).
- _____, 1367/1988. *Mer'at al-Boldan*. 4 vols. in 3 eds. `Abdol-Hoseyn Nava'i and Mir Hashem Mohaddeth (Tehran: Daneshgah).
- Floor, Willem 1988. "Le droit d'entreposage dans Qajar Iran," *Studia Iranica* 13, pp. 59-77 and 179-182.
- _____, 1996. "Dutch-Persian Relations," *Encyclopedia Iranica* (available via Iranica.com)
- _____, 2004. *Public Health in Qajar Iran* (Washington DC: MAGE).
- Hedayat, Mehdi Qoli 1344/1965. *Khaterat va Khatarat* (Tehran: Zavvar).
- Najmabadi, Mahmud 1337/1958. "Hakim Shelimer Felamanki," *Majalleh-ye Jahan-e Pezeshki* 12/6, pp. 121-27.
- _____, 1349/1970. "Hakim Shelimer Felamanki," *Rahnama-ye Ketab* 13, pp. 574-80.
- _____, 1354/1975 "Tebb-e Dar al-Fonun va Kotub-e darsi-ye an," in Iraj Afshar ed. *Amir Kabir va Dar al-Fonun*, pp. 202-37.
- _____, 1364/1985. *A Bibliography of Printed Books in Persian on Medicine and Allied Subjects*. Tehran.
- Ruznameh-ye Ettefaqiyyeh-ye Vaqaye`* 1373-74/1994-95. 4 vols. (Tehran: Ketab-khaneh- Melli).
- Ruznameh-ye Dowlat-e `Aliyeh-ye Iran* 1370/1991. 2 vols. (Tehran: Ketab-khaneh-ye Melli).
- Ruznameh-ye Iran* 1374/1995. 5 vols. (Tehran: Ketab-khaneh-ye Melli).
- Schlimmer, Joh. L. *Terminologie Médico-Pharmaceutique: Française - Persane* (Tehran, 1874 - litho [reprints: Tehran: Daneshgah, 1970; Tehran, 1380/2001]).
- Shteglova, O.P. 1975. *Katalog Litografovannyx Knig na persidskom yazzykev sobranii Leningradskovo otdelelniya instituta vostokovedeniya AN SSSR* 2 vols. (Moscow: Nauka).
- The Athenaeum* 1874 (nr. 2425, 18 April), p. 528.
- Van Lieburg, Mart J. 1978. *Het medisch onderwijs te Rotterdam (1467-1967)* (Amsterdam: Rodopi).

نمایه

اراک ۸۴، ۹۲	آب دعا ۷۶
ارداویراف نامه ۲۹۵	آب قفل ۷۶، ۳۰۴
اردبیل ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۵۴، ۱۵۵، ۱۵۷	آبادان ۳۱، ۵۱، ۸۶، ۸۷، ۹۵، ۱۲۲، ۱۴۶، ۱۴۷، ۲۴۵، ۲۴۸، ۲۵۰، ۲۵۱
اردلان ۸۴	۲۵۷، ۲۶۱، ۲۶۲، ۲۶۳، ۲۶۵، ۲۶۹، ۲۷۱، ۲۷۲، ۲۷۳، ۲۷۴، ۲۷۶، ۲۷۸، ۲۷۹
ارزروم ۱۶، ۳۴، ۳۸	۲۸۱، ۲۸۲، ۲۸۳، ۲۸۵، ۲۸۶، ۲۸۸
آرسنیک ۷۲	آباده ۳۸
ارومیه ۴۱، ۴۴، ۴۸، ۵۰، ۸۴	آبله ۲۷، ۳۲، ۱۱۱، ۱۱۵، ۱۲۲، ۱۲۴، ۱۳۶، ۱۵۱، ۲۱۷، ۲۴۵، ۳۸۴
۱۲۵، ۳۰۸، ۳۴۶	ابن حوقل ۲۹۷
از طریق مهمان ۱۶۶	ابن سینا ۹، ۷۲، ۱۸۸، ۲۹۶، ۳۸۷
آستارا ۱۵۵، ۱۵۶، ۱۵۷، ۱۸۰، ۱۸۶	ابن منظور ۱۰
استان های دریای مازندران ۸۹، ۹۰، ۹۴	ابهر ۱۵
اسماعیل جرجانی ۹	ابوالعلا شیرازی ۷۲
آسیب شناس ۷۶، ۲۲۴، ۲۵۹	ابوالقاسم رهنما ۳۲۷
۲۶۰، ۲۶۱، ۲۶۳، ۲۷۶، ۲۷۸، ۲۸۰، ۲۸۶	ابوسهل مسیحی ۹
۳۳۳، ۳۳۵، ۳۸۴، ۳۸۸	ابوطالب خان ۳۲۱
اصفهان ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۶، ۱۷، ۲۳	آتابرین ۹۵
۳۴، ۳۷، ۳۸، ۴۰، ۴۱، ۴۲، ۴۴، ۴۵، ۴۷	اجاق های ضد عفونی کننده ۱۸۶
۴۹، ۵۱، ۵۴، ۸۹، ۹۰، ۹۴، ۹۵، ۱۲۴	احمدی ۴۸، ۱۵۰
۱۷۶، ۲۱۷، ۲۲۳، ۲۲۷، ۲۳۱، ۲۳۳	اخوینی بخاری ۷۲
۲۳۴، ۲۴۶، ۲۵۲، ۳۰۳، ۳۲۴، ۳۷۱	آذربایجان ۱۱، ۱۲، ۱۵، ۱۶، ۲۱، ۳۲، ۳۳، ۴۱، ۴۳، ۴۶، ۴۷، ۴۸، ۵۰، ۸۹
آغ بولاغ مرشد ۳۳	۱۲۵، ۱۶۰، ۲۲۸
آغاچاری ۲۵۰، ۲۸۰، ۲۸۱	
افغانستان ۳۹، ۴۴، ۵۱، ۱۰۲، ۱۵۲	
۱۵۳، ۱۶۰، ۱۶۳، ۱۶۴، ۱۶۵، ۱۶۶، ۱۶۸	
۱۷۰، ۱۷۱، ۲۱۹، ۲۲۹	

بانک شاهی ایران..... ۲۳، ۲۶۶	اکبرآباد..... ۳۴۳، ۳۷۵
بانه..... ۲۱	اکنلو..... ۳۳
بحرین..... ۱۳۷، ۲۱۷	آلبو..... ۱۲۵، ۳۸۴
بدعت..... ۱۱۷	الحاوی..... ۷۲
بrazجان..... ۹۵	آلفونس لاوران..... ۷۰
براهام..... ۲۶۱	آکساندر یرسین..... ۳۱۹
بربرود..... ۱۶	آلمان..... ۱۵، ۳۹، ۴۸، ۱۳۴، ۱۵۱، ۲۹۵
بردستان..... ۴۶	امتیازات..... ۱۳۴، ۳۷۲
برنامه ریشه کنی مالاریا..... ۹۸	آمل..... ۴۴
برنامه کنترل بیماری های واگیر..... ۱۰۰	امیر خان..... ۱۵۸
برنامه کنترل مالاریا..... ۹۷، ۱۰۱	امیرکبیر..... ۱۱۷، ۱۷۲، ۳۶۵، ۳۶۶
بروجد..... ۱۶، ۴۸، ۴۹، ۱۷۶	انزلی..... ۳۹، ۵۴، ۷۹، ۸۱، ۹۲، ۱۵۳
بصره..... ۱۶، ۱۸، ۲۷، ۲۹، ۴۱، ۴۲ ۱۵۵، ۱۵۶، ۱۵۷، ۱۵۸، ۱۶۰، ۱۷۶
..... ۴۶، ۱۲۹، ۱۳۶، ۱۳۷، ۱۷۷، ۱۹۲، ۲۱۴ ۱۸۵، ۱۸۶، ۲۲۲، ۲۲۳، ۲۲۴، ۲۲۸، ۲۳۴
..... ۲۲۲، ۲۳۳، ۲۴۶، ۲۶۱، ۲۶۶، ۳۰۴	انستیتو پاستور..... ۴، ۳۳، ۵۱، ۹۴
بغداد..... ۱۵، ۱۶، ۳۴، ۳۸، ۴۰، ۴۵ ۱۹۰، ۳۱۹، ۳۲۸
..... ۱۲۱، ۱۷۷، ۱۸۰، ۱۹۲، ۲۱۴، ۲۲۲	انستیتو سرم درمانی..... ۳۲۴
..... ۲۴۷، ۳۲۳، ۳۲۴، ۳۶۴	انستیتو مالاریا شناسی..... ۹۸
بقرات..... ۷۱	آنفلوآنزا..... ۲۴۵
بلوچستان..... ۴۳، ۵۳، ۸۹، ۱۰۱، ۱۰۲	اهواز..... ۴۶، ۸۵، ۹۵، ۱۵۰، ۲۱۸
..... ۱۶۰، ۱۶۴، ۱۷۰، ۲۱۷، ۲۲۹، ۳۷۱ ۲۲۲، ۲۳۳، ۲۴۶، ۲۴۷، ۲۴۹، ۲۵۰
بمبئی..... ۱۴۳، ۱۴۷، ۱۵۰، ۱۵۱، ۱۵۲ ۲۶۳، ۲۶۵، ۲۶۹، ۲۷۳، ۳۴۱
بندان..... ۱۶۱، ۱۶۲، ۱۶۳	اوزون دره..... ۲۲
بندر کنگ..... ۱۷	ایروان..... ۱۶، ۳۷، ۱۱۷
بندر گر..... ۱۵۲، ۱۵۵، ۱۵۶، ۱۵۷	ایستگاه های قرنطینه..... ۱۲۳، ۱۲۶، ۱۳۹
بندر لنگه..... ۴۶، ۵۱، ۲۳۴ ۱۴۵، ۱۵۵، ۱۵۶، ۱۶۴، ۱۶۵، ۱۷۶، ۱۸۶
بندرعباس..... ۳۱، ۳۷، ۴۳، ۵۱، ۷۳، ۹۷	بایلسر..... ۸۰، ۹۶
..... ۹۸، ۱۲۹، ۱۳۹، ۱۴۵، ۱۴۷، ۱۴۹، ۱۵۰	باجگیران..... ۱۵۵، ۱۶۸
..... ۱۵۱، ۱۵۲، ۱۵۳، ۱۶۹، ۱۷۰، ۱۸۴	باد..... ۱۴۲، ۲۲۶، ۲۳۰
..... ۱۸۶، ۱۸۷، ۲۲۲، ۲۳۳، ۲۴۵، ۲۵۶	بارفروش..... ۳۸، ۴۴، ۲۱۷
..... ۲۷۱، ۳۷۱	باکو..... ۳۸، ۳۹، ۱۵۳، ۱۵۹، ۲۲۲، ۲۲۸

- ۱۲۰..... پروست
 ۱۰۰..... پریماکوئین
 ۳۶۸، ۳۴۱، ۳۳۳..... پزشک ارتش
 ۳۷۲..... پست کنسولی افتخاری
 ۱۸۲..... پشت کوه
 ۹..... پلاگا (ضربت)
 ۴۱..... پنجاب
 ۲۷۰..... پنکه
 ۳۰۱..... تاس
 ۳۶۷..... تالش
 ۹۰، ۸۳، ۷۳، ۶۹..... تب چهار
 ۹۰، ۸۳، ۷۳..... تب چهار روزه
 ۷۲..... تب دوره‌ای
 ۳۶..... تب غش
 ۷۲..... تب گردشی
 ۷۳..... تب مقطعی
 ۶۹..... تب مواظبه یا روزانه
 ۳۰۴، ۲۷۳، ۷۶، ۷۵، ۷۱، ۶۹..... تب نوبه
 ۳۹، ۳۸، ۳۴، ۱۶، ۱۴، ۱۳، ۱۲..... تبریز
 ۵۵، ۵۰، ۴۸، ۴۷، ۴۴، ۴۳، ۴۲، ۴۱، ۴۰.....
 ۲۱۷، ۱۸۸، ۱۸۴، ۱۵۵، ۱۲۵، ۱۱۷.....
 ۳۰۵، ۲۳۴، ۲۲۸، ۲۲۲.....
 ۲۹۹..... ترالامینا
 ۱۷۸، ۳۱، ۳۰..... تربت جام
 ۱۶۱، ۱۵۳، ۱۵۲..... تربت حیدریه
 ۱۶۸، ۱۶۷، ۱۶۴.....
 ۱۵۲..... ترشیز (تربت حیدریه)
 ۲۲۲، ۱۱۷، ۴۰، ۳۹، ۱۸..... تفلیس
 ۳۲۲..... تلقیح
 ۲۵۱..... تمبی
 ۱۷۷..... بنگارد
 ۱۸..... بنوکعب
 ۷۲..... بهاء الدوله
 ۹۲، ۴۶..... بهبهان
 ۲۶۹..... بوارده
 ۱۳۳، ۱۳۲، ۱۳۱..... بوسیر
 ۲۴، ۲۳، ۲۲، ۲۱، ۲۰، ۱۹، ۱۸، ۱۷، ۱۶، ۱۵، ۱۴، ۱۳، ۱۲، ۱۱، ۱۰، ۹، ۸، ۷، ۶، ۵، ۴، ۳، ۲، ۱..... بوشهر
 ۴۱، ۳۷، ۳۴، ۳۱، ۳۰، ۲۹، ۲۸، ۲۷، ۲۵، ۲۴، ۲۳، ۲۲، ۲۱، ۲۰، ۱۹، ۱۸، ۱۷، ۱۶، ۱۵، ۱۴، ۱۳، ۱۲، ۱۱، ۱۰، ۹، ۸، ۷، ۶، ۵، ۴، ۳، ۲، ۱.....
 ۹۸، ۹۵، ۹۲، ۸۹، ۸۸، ۸۷، ۴۸، ۴۶، ۴۵.....
 ۱۲۹، ۱۲۵، ۱۲۳، ۱۲۲، ۱۱۸، ۱۱۷.....
 ۱۳۸، ۱۳۷، ۱۳۴، ۱۳۳، ۱۳۲، ۱۳۱.....
 ۱۴۴، ۱۴۳، ۱۴۲، ۱۴۱، ۱۴۰، ۱۳۹.....
 ۱۵۱، ۱۵۰، ۱۴۹، ۱۴۸، ۱۴۷، ۱۴۶.....
 ۲۱۳، ۱۸۸، ۱۸۷، ۱۸۶، ۱۸۵، ۱۵۳.....
 ۲۳۲، ۲۳۱، ۲۳۰، ۲۲۴، ۲۲۲، ۲۱۷.....
 ۳۴۵، ۳۲۲، ۲۷۱، ۲۵۶، ۲۳۵، ۲۳۴.....
 ۳۹۰، ۳۷۳، ۳۷۲.....
 ۴۷..... بیجار
 ۱۶۳، ۱۶۲، ۱۶۱، ۷۵، ۴۴..... بیرجند
 ۲۳۴، ۲۲۹، ۲۲۲، ۱۸۹، ۱۶۴.....
 ۳۲۱..... بیضا
 ۹۶، ۹۵..... پارچین
 ۱۴۵، ۱۳۶، ۱۳۴، ۱۳۰..... پاریس
 ۳۴۰، ۳۳۴، ۳۳۳، ۱۷۲، ۱۵۰، ۱۴۶.....
 ۳۴۳، ۳۴۲، ۳۴۱.....
 ۲۵۰..... پازنان
 ۳۴۲، ۳۲۸، ۱۱۴، ۱۰۱، ۹۴..... پاستور
 ۱۸۰، ۱۷۹..... پاطاق
 ۲۲۹، ۱۶۰، ۱۰۲، ۵۱..... پاکستان
 ۳۰۰..... پرده رستم

جراح..... ۲۲، ۱۳۱، ۱۳۳، ۱۳۹، ۱۴۰، ۱۴۱، ۱۸۷، ۲۱۶، ۲۵۲، ۲۵۳، ۲۶۳، ۲۶۴، ۲۶۶، ۲۶۷، ۲۶۸، ۲۶۹، ۲۷۶، ۲۸۰، ۳۴۷، ۳۶۷	تنکابن..... ۹۲
جرج فیلیپ آیتمن..... ۳۷۲	تهران..... ۱۸، ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۶، ۳۴، ۳۵، ۳۶، ۳۸، ۳۹، ۴۰، ۴۱، ۴۲، ۴۳، ۴۴، ۴۵، ۴۷، ۴۸، ۴۹، ۵۰، ۵۱، ۵۳، ۵۴، ۷۶، ۸۱، ۸۲، ۸۳، ۹۰، ۹۸، ۱۰۱، ۱۱۹، ۱۲۰، ۱۲۱، ۱۲۲، ۱۲۳، ۱۲۴، ۱۲۵، ۱۲۶، ۱۲۸، ۱۲۹، ۱۳۲، ۱۳۴، ۱۳۵، ۱۳۶، ۱۴۰، ۱۴۱، ۱۴۶، ۱۴۷، ۱۵۰، ۱۵۲، ۱۵۵، ۱۵۷، ۱۵۹، ۱۶۲، ۱۶۶، ۱۶۷، ۱۷۵، ۱۷۶، ۱۷۷، ۱۷۸، ۱۸۳، ۱۸۸، ۱۸۹، ۲۱۳، ۲۱۵، ۲۱۷، ۲۱۸، ۲۲۱، ۲۲۲، ۲۲۳، ۲۲۶، ۲۲۷، ۲۲۹، ۲۳۲، ۲۳۴، ۲۳۶، ۳۰۳، ۳۰۴، ۳۰۶، ۳۰۸، ۳۲۰، ۳۲۳، ۳۲۵، ۳۲۷، ۳۲۸، ۳۳۵، ۳۴۰، ۳۴۲، ۳۴۳، ۳۴۴، ۳۴۵، ۳۴۷، ۳۵۹، ۳۶۰، ۳۶۸، ۳۶۹، ۳۷۰، ۳۷۲، ۳۷۳، ۳۷۵، ۳۷۶، ۳۷۷، ۳۷۸، ۳۷۹، ۳۸۰، ۳۸۴، ۳۸۵
جزیره عباسک..... ۱۴۱، ۱۳۸	تیمورتاش..... ۱۴۸، ۱۴۹، ۱۸۱
جلفا..... ۲۲۲، ۱۸۶، ۱۶۰، ۱۵۵، ۱۵۲	تئودور تامسون..... ۱۳۰
جم شوران..... ۳۰	تئودوکس..... ۲۹۸
جنگ کریمه..... ۳۳۳	ثقل سرد..... ۳۶
جورجس..... ۱۳۵	جارمو..... ۲۹۵
جیرفت..... ۲۳۵، ۲۳۲	جارو..... ۴۵، ۲۱۸، ۲۲۱، ۲۵۱، ۲۵۴، ۳۰۴
چالوس..... ۹۷، ۹۲	جاسک..... ۱۳۴، ۱۳۹، ۱۴۵، ۱۴۹، ۱۸۶، ۱۸۷، ۲۱۷
چشم پزشک..... ۲۸۰، ۲۷۶، ۲۵۹	جالبینوسی..... ۳۶، ۱۱۲، ۱۱۹، ۱۲۰، ۱۲۵، ۲۲۶، ۳۳۹، ۳۸۴
۳۸۴، ۳۸۶، ۳۸۸	جان اسنو..... ۳۵، ۳۳۵
چشمه علی..... ۲۵۰	جبال..... ۱۲، ۱۳
چناران..... ۱۶۸، ۱۶۹، ۳۰۰	جذام..... ۱۱۴، ۳۶۷، ۳۷۱
چهار روزه..... ۱۴۱، ۷۴	
چهچه..... ۱۶۶	
چونیا..... ۳۰۳	
چیرایف..... ۱۶۹	
حاجی آباد..... ۴۹	
حافظ الصحه..... ۱۲۲، ۱۲۵، ۱۲۶	
حبشه..... ۴۶	
حدیث..... ۱۱۱، ۱۱۲، ۲۹۶	
حسین آباد..... ۱۶۳	
حسین خان..... ۱۶۱، ۱۶۲	
حصارک..... ۳۲۸	
حفاری های باستان شناسی..... ۳۴۱	
حکیم سید محمد..... ۱۶۱	
حلب..... ۳۶۴، ۳۶۵، ۳۸۹	
حمای ورمی..... ۶۹	

- خوزستان ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۴۸، ۷۳، ۸۵،
 ۱۲۲، ۱۲۳، ۱۲۵، ۱۲۹، ۱۵۰، ۲۱۸،
 ۲۳۱، ۲۴۱، ۲۴۳، ۲۴۴، ۲۴۵، ۲۴۶،
 ۲۵۱، ۲۵۶، ۲۶۷، ۲۶۸، ۲۶۹، ۲۷۳،
 ۲۷۴، ۲۷۹، ۲۸۷، ۳۰۶
- دابیبا ۲۳
- دار خزینه ۲۵۰
- دارالفنون ۳، ۷۶، ۱۲۳، ۱۲۵، ۲۱۵،
 ۳۳۵، ۳۴۵، ۳۵۹، ۳۶۵، ۳۶۸، ۳۶۹،
 ۳۷۰، ۳۷۱، ۳۷۵، ۳۸۲، ۳۸۳، ۳۸۴،
 ۳۸۵، ۳۸۷، ۳۸۹
- داروخانه ۳۷۶
- دالکی ۳۷
- دانشکده بالینی ۳۶۳
- دانشگاه لیدن ۳۶۴، ۳۶۷
- درسای ۲۴۸، ۲۵۱، ۲۵۲
- درمانگاه فرح آباد ۲۸۳
- دزفول ۲۱، ۴۶، ۸۵، ۲۲۲، ۲۳۳،
 ۲۴۶، ۲۴۹، ۲۶۴، ۲۷۳
- دستگاه کلی تون ۱۳۴
- دشت کویر ۶۹
- دشت لوت ۶۹
- دشتستان ۴۸
- دشتی ۱۵۱
- ده بالا ۳۰۲
- ده پایین ۳۰۲
- دهلران ۱۸۳
- دهنه باغی ۲۲۹
- دوای زنانه ۷۶، ۳۰۴
- دی اکسید سولفور ۲۸۵
- حمل اجساد ۱۲۰، ۱۷۳، ۱۷۴، ۱۹۴
- حیدر میرزا ۳۰، ۱۷۸
- حیضه ۳۷
- خار ۸۲، ۳۲۷
- خاش ۲۲۹
- خاکستر ۱۵۵، ۳۰۳
- خانقین ۴۲، ۸۶، ۱۲۷، ۱۳۶،
 ۱۷۲، ۱۷۳، ۱۷۴، ۱۷۵، ۱۷۸، ۱۷۹،
 ۱۸۰، ۱۹۲، ۱۹۳، ۱۹۴، ۲۷۴، ۲۷۶
- خدا آفرین ۱۵۵
- خدمات قرظینه‌ای ایران ۱۳۰، ۱۸۸
- خراسان ۱۲، ۱۵، ۲۰، ۲۱، ۳۰، ۳۱،
 ۳۹، ۴۴، ۴۷، ۴۸، ۸۹، ۱۲۵، ۱۵۳، ۱۶۶،
 ۱۶۷، ۱۷۹، ۲۲۹، ۳۰۰، ۳۱۹
- خرم آباد ۹۴، ۹۵، ۴۷
- خرمشهر ۲۷، ۳۱، ۴۰، ۴۱، ۴۲، ۴۶،
 ۴۸، ۸۴، ۹۲، ۹۵، ۱۳۳، ۱۳۴، ۱۳۸،
 ۱۳۹، ۱۴۵، ۱۴۶، ۱۴۸، ۱۴۹، ۱۸۶،
 ۱۸۷، ۲۱۷، ۲۲۲، ۲۳۳، ۲۳۴، ۲۴۶
- ۲۴۷، ۲۴۸، ۲۵۷، ۲۶۶، ۲۶۷، ۲۶۸، ۲۶۹،
 ۲۷۱، ۲۷۲، ۲۷۴، ۲۷۷، ۲۷۹
- خضری ۱۶۸
- خلخال ۱۵، ۲۱، ۴۸
- خلیج فارس ۱۶، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۷،
 ۳۱، ۳۴، ۳۷، ۴۰، ۴۲، ۴۸، ۹۱، ۱۲۸،
 ۱۳۰، ۱۳۱، ۱۳۲، ۱۳۳، ۱۳۶، ۱۳۷،
 ۱۳۹، ۱۴۳، ۱۴۵، ۱۴۶، ۱۴۹، ۱۵۱،
 ۱۵۲، ۱۵۴، ۱۸۳، ۱۸۵، ۱۸۷، ۲۵۶،
 ۲۷۳، ۲۷۴، ۳۰۴، ۳۴۱، ۳۴۲
- خواف ۴۴

ریچارد سی. کن ۳۷۲	دیر ۱۲۷، ۵۱، ۴۶
رئیس التجار ۲۶۷	دیسکوریدیس ۲۹۶
زابل ۱۷۱، ۸۹	دیفتری ۳۳۷، ۳۳۴، ۱۲۶، ۱۲۴، ۱۲۲
زالپوتینسکی ۱۶۶	دیلدرین ۹۹
زاهدان ۳۳۷	دیلیم ۱۵۰، ۲۲
زاینده رود ۵۴	دیه گو گارسیا ۳۳۳
زرقان ۱۱۸، ۹۶	دیوان دره ۲۲
زغال ۳۰۱، ۱۷۳	ذکاء الدوله ۲۱۳
زنان حامله ۳۰۸	رازی ۲۹۶، ۱۱۱، ۷۲
زنجان ۱۲۵، ۴۱، ۳۸، ۳۳، ۱۵	راس ۲۷۳، ۸۷
زوزن ۲۹۷	رُس ارمنی ۲۹۶
زولیاک ۲۵۰	رشت ۴۵، ۴۲، ۳۹، ۳۸، ۳۴، ۲۱
زین العابدین خان ۲۴	۴۸، ۵۰، ۵۴، ۷۴، ۷۹، ۸۱، ۹۲، ۱۲۵
ساری ۲۱۷، ۴۴	۱۵۲، ۱۵۵، ۱۵۶، ۱۵۷، ۱۵۸، ۱۵۹
سازمان جهانی کار ۲۸۴، ۲۸۲	۲۱۷، ۲۲۳، ۲۲۶، ۳۶۴، ۳۶۵، ۳۶۷
ساموئل خان ۱۸۰	۳۶۸، ۳۷۶، ۳۸۱
ساوجیلاغ ۳۲۷، ۳۲۳، ۳۲۰، ۳۱۷، ۲۱	رشوه ۱۶۱
سایکس ۳۰۰، ۲۳۲، ۲۱۷، ۱۶۷، ۱۶۶، ۱۶۵	رضاشاه ۳۸۰، ۲۶۸
سراب ۱۵۵، ۳۳، ۱۵	رفتارهای دوگانه ۱۳۳
سرپل ۴۷	روتردام ۳۷۲، ۳۶۳، ۳۶۲، ۳۶۰، ۳۵۹
سرحد ۲۳۱، ۲۲۹، ۲۱۷	رودبار ۲۳۵، ۱۵۶
سرخس ۱۵۵	رودخانه اترک ۴۴
سرگرد نوردکوئیست ۳۲۳، ۳۲۰	روزنامه بهداشت ۱۲۶
سرم ۳۲۳، ۳۲۱، ۱۸۰، ۵۰، ۴	روسیه ۳۸، ۳۷، ۳۴، ۲۳، ۱۹، ۱۷
۳۲۴، ۳۲۶، ۳۲۷، ۳۲۸	۳۹، ۴۰، ۴۸، ۱۲۱، ۱۲۹، ۱۳۲، ۱۳۳
سعدالملک ۱۳۷	۱۵۲، ۱۵۳، ۱۵۴، ۱۵۵، ۱۵۶، ۱۵۷
سگ ها ۲۷۲، ۲۴۷، ۳۰، ۱۴	۱۶۰، ۱۶۱، ۱۶۴، ۱۶۵، ۱۶۶، ۱۶۷، ۱۶۸
سلطان آباد ۱۷	۱۶۹، ۱۷۷، ۱۸۳، ۱۸۴، ۱۹۲، ۲۱۴
سلطان یعقوب ۱۸۴	۲۲۲، ۲۲۸، ۳۰۰، ۳۴۲، ۳۴۳، ۳۴۵
سلطانیه ۱۳	۳۶۴، ۳۷۳، ۳۷۵، ۳۷۹، ۳۸۰
سلیمانیه ۱۸	ری ۱۱۳، ۱۳، ۱۱

- ۲۸۱، ۲۸۲، ۲۸۳، ۲۸۴، ۲۸۵، ۲۸۶،
 ۲۸۷، ۲۸۸، ۲۸۹، ۳۰۶
 شرکت ویر ۲۵۷
 شکارآباد ۳۷۴
 شلیمر در حالت فقر از دنیا رفت ۳۷۶
 شنیدر ۱۳۳
 شهریار ۸۲، ۹۷، ۳۲۰
 شوشتر ۲۱، ۴۶، ۴۸، ۵۳، ۸۵، ۸۷، ۱۲۲،
 ۱۲۹، ۲۲۲، ۲۳۳، ۲۴۶، ۲۴۹، ۲۶۴، ۲۷۳
 شیباسابورو کیتاساتو ۱۸
 شیخ خزعل ۲۵۷، ۲۶۷، ۲۶۸
 شیراز ۱۳، ۱۶، ۲۹، ۳۴، ۳۷، ۴۱،
 ۴۲، ۴۳، ۴۴، ۴۵، ۴۷، ۴۸، ۵۱، ۷۳، ۹۰،
 ۹۴، ۹۵، ۹۶، ۹۷، ۱۱۸، ۱۲۵، ۱۲۶،
 ۱۳۸، ۱۴۰، ۱۴۶، ۱۴۸، ۱۵۰، ۱۵۱،
 ۲۱۷، ۲۲۲، ۲۳۰، ۲۳۱، ۲۳۲، ۲۳۴،
 ۲۳۶، ۳۰۷، ۳۲۰، ۳۲۱، ۳۲۲
 شیروان ۷۲
 صابون ۳۰۳، ۳۰۸
 صحنه ۵۴
 طارم ۱۵
 طاعون ۲، ۴، ۵، ۷، ۹، ۱۰، ۱۱،
 ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰،
 ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۷، ۲۸، ۲۹، ۳۰،
 ۳۱، ۳۲، ۳۳، ۱۱۱، ۱۱۲، ۱۱۳، ۱۱۵،
 ۱۱۶، ۱۱۷، ۱۱۸، ۱۲۲، ۱۲۳، ۱۲۴،
 ۱۲۹، ۱۳۱، ۱۳۳، ۱۳۶، ۱۳۸، ۱۳۹،
 ۱۴۰، ۱۴۲، ۱۵۱، ۱۵۲، ۱۵۳، ۱۶۰،
 ۱۶۱، ۱۶۲، ۱۶۳، ۱۶۴، ۱۶۵، ۱۶۶، ۱۶۷،
 ۱۷۲، ۱۷۳، ۱۷۴، ۱۷۷، ۱۷۸، ۱۸۰
- سم الفار یا زهر موش ۷۲
 شمالی ۳۳
 سمنان ۵۰، ۱۲۵
 سند ۴۳، ۱۱۹، ۳۰۴، ۳۴۳، ۳۶۴، ۳۶۷
 سنگ بصره ۳۰۴
 سندرچ ۹۵، ۱۲۵
 سواحل خلیج فارس ۳۰، ۴۳، ۱۴۹
 سواحل دریای مازندران ۱۹، ۴۷، ۷۳، ۷۹
 سوادکوه ۱۴
 سوچه ۱۵۵
 سولدوز ۴۱
 سیاه زخم ۳۱۷، ۳۲۸
 سید عبدالعلی خان ۱۵۷
 سیراف ۲۹۸
 سیرجان ۱۷
 سیستان ۱۲، ۱۳، ۲۵، ۳۱، ۴۷،
 ۵۳، ۸۹، ۱۰۱، ۱۰۲، ۱۱۳، ۱۲۲، ۱۶۰،
 ۱۶۱، ۱۶۳، ۱۶۵، ۱۶۸، ۱۷۰، ۲۱۹
 ۲۲۲، ۲۲۹، ۲۳۶، ۳۱۷، ۳۱۹، ۳۷۱
 شاماخی ۱۷
 شاه تخت ۱۵۵
 شاه طهماسب ۱۳
 شاه عبدالعظیم ۱۵۹
 شاهرود ۴۱، ۱۲۵
 شرکت نفت ایران - انگلیس ۳۱، ۸۵، ۹۴،
 ۹۵، ۱۴۸، ۲۴۳، ۲۴۴، ۲۴۵، ۲۴۶، ۲۴۸،
 ۲۵۰، ۲۵۴، ۲۵۵، ۲۵۶، ۲۵۷، ۲۵۹،
 ۲۶۰، ۲۶۳، ۲۶۵، ۲۶۷، ۲۶۹، ۲۷۰، ۲۷۱،
 ۲۷۲، ۲۷۳، ۲۷۴، ۲۷۸، ۲۷۹، ۲۸۰

علی ابن عباس مجوسی اهوازی.....	۹	۱۸۲، ۱۸۳، ۱۸۵، ۲۱۸، ۲۴۵، ۲۶۶
علی بن عباس	۷۲	۲۶۷، ۲۶۸، ۲۷۱، ۲۷۲، ۲۹۶، ۳۱۷
علی قلی میرزا	۱۲۴، ۱۲۳	۳۱۸، ۳۱۹، ۳۲۰، ۳۲۱، ۳۲۳، ۳۲۴
عمیدی زاده	۹۴، ۸۴، ۸۱، ۷۹	۳۲۶، ۳۲۷، ۳۲۸، ۳۳۵، ۳۴۲، ۳۷۱، ۳۸۵
فارس	۱۲۱، ۱۱۷، ۱۰۲، ۴۸، ۱۳، ۱۱	۳۲۳
.....	۱۲۸، ۱۲۹، ۱۳۰، ۱۳۶، ۱۴۰، ۱۴۵	طالقان
.....	۱۵۱، ۱۵۵، ۱۸۳، ۱۸۶، ۱۸۷، ۲۱۳	طاهری
.....	۲۳۰، ۳۰۴، ۳۱۸، ۳۲۱، ۳۲۲، ۳۲۴	طباشیر قمی
فخرالاطباء کنی	۱۲۵	۳۰۱، ۳۰۳
فراکاستوریوس	۱۱۴	۳۰۱، ۳۰۸
فرانک	۱۶۴، ۱۶۱	طباشیر هندی
فردوس الحکمه	۷۲	۳۰۸، ۳۰۱
فصول انتقال	۹۱	طیس
فور	۱۲۹	۵۱
فومن	۱۵۹	طین ارمنی
فیروزآباد	۳۲۱	۲۹۶
فیست منتل	۱۷۹	طین اصفه
فیلیپو پاسینی	۳۶	۲۹۷
فینک	۱۵۵	طین اکل
قانون در طب	۹	۲۹۷
قائن	۲۹۷، ۲۳۶	طین المحاجی
قرنطینه	۴۲، ۳۵، ۲۷، ۲۴، ۲۳، ۲۲، ۲	۲۹۷
.....	۴۵، ۴۶، ۴۹، ۱۰۹، ۱۱۱، ۱۱۳، ۱۱۵	طین بحری
.....	۱۱۷، ۱۱۸، ۱۲۱، ۱۲۲، ۱۲۳، ۱۲۴	طین بلد مصطکی
.....	۱۲۷، ۱۲۸، ۱۲۹، ۱۳۰، ۱۳۱، ۱۳۳	۲۹۷
.....	۱۳۴، ۱۳۵، ۱۳۶، ۱۳۷، ۱۳۸، ۱۳۹	طین حر
.....	۱۴۰، ۱۴۱، ۱۴۲، ۱۴۳، ۱۴۴، ۱۴۵	طین خیوس
.....	۱۴۶، ۱۴۷، ۱۴۹، ۱۵۰، ۱۵۱، ۱۵۲	۲۹۷
.....	۱۵۳، ۱۵۴، ۱۵۵، ۱۵۶، ۱۵۷، ۱۵۸	طین زرد
.....	۱۶۰، ۱۶۱، ۱۶۲، ۱۶۳، ۱۶۴، ۱۶۵، ۱۶۶	۲۹۷
.....	۱۶۷، ۱۶۸، ۱۶۹، ۱۷۰، ۱۷۱، ۱۷۲	طین کرمی
.....		۲۹۷
.....		طین ماکول
.....		۲۹۷
.....		طین مختوم
.....		۲۹۹، ۲۹۷
.....		طین مقلو
.....		۲۹۷
.....		عباس میرزا
.....		۳۷، ۳۸
.....		عبدالحسین لاری
.....		۱۱۷
.....		عراق
.....		۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۸، ۱۹، ۴۰
.....		۴۴، ۴۸، ۵۱، ۵۲، ۷۵، ۹۳، ۱۱۷، ۱۲۴
.....		۱۳۵، ۱۳۶، ۱۷۲، ۱۷۴، ۱۷۶، ۱۷۸
.....		۱۸۱، ۱۸۲، ۱۸۴، ۱۹۲، ۲۶۴، ۲۹۵
.....		عراق عجم
.....		۱۴
.....		عشق آباد
.....		۱۷۷، ۲۲۲
.....		علی ابن سهل ربن طبری
.....		۷۲

۱۸۵، ۱۹۵، ۲۵۴، ۲۷۱، ۲۸۳، ۲۸۴،	۱۷۳، ۱۷۴، ۱۷۵، ۱۷۶، ۱۷۷، ۱۷۸،
۲۸۷، ۳۰۶، ۳۱۸، ۳۲۲، ۳۴۱، ۳۶۴، ۳۷۲	۱۷۹، ۱۸۰، ۱۸۱، ۱۸۲، ۱۸۳، ۱۸۴،
کاریز..... ۳۱، ۱۵۲، ۱۶۵، ۱۶۶، ۱۶۷،	۱۸۵، ۱۸۷، ۱۸۸، ۲۵۹، ۲۶۶، ۲۷۲،
۱۷۹، ۲۲۸	۲۷۸، ۳۲۴، ۳۳۷، ۳۳۹، ۳۴۲، ۳۴۳
کاستالدی..... ۱۲۱، ۱۲۴	قره باغ..... ۱۶
کاشان..... ۱۶، ۱۷، ۳۴، ۳۸، ۴۴، ۴۵،	قزوين..... ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۲۲، ۳۸، ۴۱،
۱۲۵، ۲۱۷، ۳۰۰، ۳۷۰	۴۴، ۴۷، ۱۲۵، ۱۵۷، ۱۵۸، ۱۵۹، ۲۲۲،
کامپوزان پير..... ۱۲۵	۲۲۳، ۲۲۶، ۳۷۷
کج..... ۳۶	قشم..... ۲۲، ۳۷، ۱۵۲، ۲۱۷
کراچی..... ۱۴۱، ۱۵۰، ۳۲۲	قصر شیرين..... ۴۷، ۱۲۳، ۱۳۵، ۱۴۶،
کربلا..... ۱۵، ۳۵، ۴۷، ۱۲۷، ۱۲۸،	۱۷۲، ۱۷۴، ۱۷۶، ۱۷۷، ۱۸۰، ۱۸۱،
۱۷۵، ۱۷۶، ۱۸۱، ۱۹۱، ۱۹۳، ۱۹۵	۱۸۲، ۲۲۲
کرج..... ۸۲، ۱۵۷، ۱۵۸، ۱۶۰، ۳۲۸	قصری..... ۱۷۶
کردستان..... ۱۸، ۱۹، ۲۱، ۳۰، ۳۱، ۳۲،	قطيف..... ۲۱۷
۳۳، ۴۱، ۴۳، ۴۷، ۴۸، ۴۹، ۱۱۸، ۱۲۴،	قم..... ۱۳، ۱۴، ۱۷، ۳۸، ۴۲، ۴۵، ۴۷،
۱۲۵، ۲۲۵، ۳۷۱	۴۸، ۴۹، ۷۶، ۱۲۵، ۱۷۶، ۲۱۷، ۳۰۰،
کرمان..... ۱۷، ۴۰، ۴۴، ۴۵، ۴۷، ۴۹،	۳۰۲، ۳۰۴، ۳۷۱
۸۹، ۱۰۱، ۱۲۵، ۱۶۲، ۱۶۸، ۱۶۹، ۱۷۰،	قندهار..... ۱۵، ۱۷، ۳۴، ۳۹، ۲۱۹
۱۸۸، ۱۸۹، ۲۲۲، ۲۲۳، ۲۲۴، ۲۳۲،	قوچان..... ۱۶۹
۲۳۳، ۲۳۴، ۲۳۵، ۳۰۰، ۳۰۲، ۳۰۳،	قومس..... ۱۲
۳۲۰، ۳۶۸، ۳۷۱	کابل..... ۳۹، ۲۱۹
کرمانشاه..... ۱۶، ۱۸، ۲۰، ۳۰، ۳۴، ۳۸،	کاپيتان باری..... ۳۲۱، ۳۲۲
۴۱، ۴۲، ۴۳، ۴۴، ۴۷، ۴۸، ۴۹، ۸۴، ۸۶،	کاپيتو..... ۲۵۰
۹۵، ۱۱۷، ۱۲۵، ۱۳۶، ۱۵۰، ۱۵۴، ۱۵۵،	کارکنان پزشکی شرکت نفت ایران - انگلیس
۱۷۲، ۱۷۴، ۱۷۵، ۱۷۶، ۱۷۹، ۱۸۰،	۲۷۶.....
۱۸۲، ۱۸۶، ۱۹۲، ۱۹۴، ۲۲۲، ۲۲۵،	کارون..... ۴۸، ۸۵، ۲۱۷، ۲۵۰، ۲۵۱،
۲۷۴، ۲۷۶	۲۷۳، ۳۴۱
کرد..... ۴۷	کاری..... ۴۹، ۷۶، ۷۹، ۸۰، ۸۲، ۸۴،
کره سنگ..... ۲۹۵	۹۴، ۹۸، ۱۲۰، ۱۲۴، ۱۳۰، ۱۳۴، ۱۴۶،
کریم خان زند..... ۱۸	

لرستان..... ۴۳، ۴۸، ۸۴، ۱۲۳، ۱۲۵، ۲۶۴	کفر..... ۱۱۲
لسان العرب..... ۱۰	کک..... ۱۹، ۲۵، ۲۷۲
للکس..... ۱۶۷	کلرا ابلکتاتوروم..... ۳۶
لوبو..... ۱۳۸	کلروکوئین..... ۱۰۰، ۱۰۲
مارتینگو..... ۳۹	کمارج..... ۲۷
مارسی..... ۳۳۳	کمیسیون بین المللی بهداشت..... ۱۲۱، ۱۲۹
مازندران..... ۱۳، ۱۵، ۱۶، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۳۴، ۳۷، ۳۹، ۴۱، ۴۲، ۴۴، ۴۵، ۴۷، ۴۹، ۷۹، ۸۰، ۸۱، ۸۲، ۹۱، ۹۸، ۱۲۰، ۱۲۵، ۱۴۷، ۱۵۳، ۱۵۴، ۱۵۵، ۱۵۹، ۱۶۰، ۱۷۹، ۲۲۷، ۳۲۸، ۳۶۴	کمیسیون بین المللی بهداشتی..... ۱۲۱
مالاریا..... ۲، ۵، ۶۷، ۶۹، ۷۰، ۷۱، ۷۲، ۷۳، ۷۴، ۷۵، ۷۶، ۷۷، ۷۸، ۷۹، ۸۰، ۸۱، ۸۲، ۸۳، ۸۴، ۸۵، ۸۶، ۸۷، ۸۸، ۸۹، ۹۰، ۹۱، ۹۲، ۹۳، ۹۴، ۹۵، ۹۶، ۹۷، ۹۸، ۹۹، ۱۰۰، ۱۰۱، ۱۰۲، ۱۱۶، ۱۱۹، ۱۲۶، ۲۲۸، ۲۳۱، ۲۳۵، ۲۴۵، ۲۷۰، ۲۷۱، ۲۷۳، ۲۷۶، ۲۷۷، ۲۸۶، ۲۸۹، ۳۰۴	کنفرانس کلرا (وبا)..... ۳۴
ماهی گامبوزیا..... ۱۰۰	کوپین..... ۱۳۵
ماهیدسته..... ۲۲	کوت اماره..... ۱۸۳
مجلس حفظ الصحه..... ۲۰، ۳۰، ۸۲، ۱۱۹، ۱۲۰، ۱۲۲، ۱۲۳، ۱۲۴، ۱۲۵، ۱۲۸، ۱۳۴، ۱۳۵، ۱۳۷، ۱۴۵، ۱۴۶، ۱۴۷، ۱۵۵، ۱۵۷، ۱۵۸، ۱۶۰، ۱۶۶، ۱۷۴، ۱۷۵، ۱۷۸، ۱۷۹، ۱۸۰، ۱۸۵، ۲۱۸، ۲۲۱، ۲۲۰، ۲۲۳، ۲۲۴، ۳۲۶، ۳۲۷، ۳۳۷، ۳۳۸، ۳۳۹، ۳۴۳، ۳۷۰، ۳۷۴، ۳۸۸	کولوینر..... ۹۴
محل های زیارتی..... ۳۵	کوینتہ..... ۱۶۱
محلات..... ۳۰۲	کینین..... ۷۳، ۷۴، ۷۶، ۷۷، ۷۸، ۷۹، ۸۲، ۸۸، ۲۱۶
محمد شریف..... ۲۳	گاومرگی..... ۳۱۷
	گرجستان..... ۱۴، ۱۸
	گرگان..... ۱۳، ۷۹، ۹۲
	گشت..... ۱۵، ۱۱۵، ۱۵۹، ۱۹۲، ۲۴۷، ۲۵۲، ۳۲۲
	گل ارمنی..... ۳۰۱
	گل خوراکی..... ۲۹۷
	گل سرشوی..... ۲۹۶، ۳۰۹
	گل گیوه..... ۳۰۲، ۳۰۳
	گل محلاتی..... ۳۰۱
	گلپایگان..... ۱۷
	گلریان..... ۱۶۸
	گنجه..... ۱۷، ۳۲۴
	گیلان..... ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۹، ۲۱، ۴۲، ۴۷، ۷۲، ۷۹، ۸۰، ۳۶۴، ۳۶۷
	لار..... ۱۵، ۳۲۱، ۳۷۷
	لاروکش..... ۸۱، ۸۷، ۲۷۳

- مخارج نگهداری ۱۸۷
- مدرسه فلاحت مظفری ۳۱۹
- مراغه ۱۴، ۳۸، ۱۲۵
- مرتضی خان ۱۵۰، ۳۲۰، ۳۲۲، ۳۲۳
- ۳۲۶، ۳۲۷، ۳۲۸
- مرگامرگی ۹، ۱۰، ۳۳
- مربوان ۲۲، ۸۴
- مسجد سلیمان ۲۴۸، ۲۵۰، ۲۵۱، ۲۵۳
- ۲۵۴، ۲۵۷، ۲۵۸، ۲۶۱، ۲۶۲، ۲۶۵
- ۲۶۹، ۲۷۰، ۲۷۱، ۲۷۷، ۲۷۸، ۲۸۰
- ۲۸۱، ۲۸۶، ۲۸۸، ۲۹۰
- مسقط ۳۷، ۱۳۷، ۱۴۱، ۲۱۷
- مسیر بولان ۳۴
- مشمشه ۲۱۵، ۲۱۷، ۳۳۳
- مشهد ۳۴، ۳۵، ۳۹، ۴۰، ۴۳، ۴۴، ۴۵، ۴۶
- ۴۷، ۵۰، ۱۲۵، ۱۵۵، ۱۵۶، ۱۶۰، ۱۶۵
- ۱۶۶، ۱۶۷، ۱۶۸، ۱۶۹، ۱۷۶، ۱۷۷، ۱۷۸
- ۱۷۹، ۱۸۴، ۲۱۷، ۲۲۲، ۲۲۶، ۲۲۸
- ۲۲۹، ۲۳۳، ۲۳۴، ۲۳۵، ۳۰۱، ۳۰۶، ۳۱۹
- مشهدسر ۱۵۵، ۱۶۰، ۲۲۷
- مغستان ۴۳
- مغول ها ۱۱
- مکران ۴۳
- مکه ۳۵، ۴۸، ۱۲۸
- ملاير ۴۷، ۴۸
- مهاجران ۵۳
- موريس ۲۵۱، ۳۳۳
- موسی آباد ۱۵۳
- موش صحرايي ۱۹
- موش ها.. ۱۹، ۲۵، ۳۲، ۳۳، ۱۳۴، ۱۶۶، ۲۷۲
- مولتان ۴۲
- مونس افندی ۱۲۳، ۱۲۴
- مؤید حکمت ۱۵۰
- مویر ۲۵۴
- میانکنگی ۸۹
- میدان نفتی ۸۶، ۲۵۰، ۲۷۰
- میرجاوه ۱۷۱، ۲۲۹
- میرخواند ۲۹۹
- میرزا احمد کاشی ۱۲۵
- میرزا حیدرخان ۱۷۶
- میرزا محمد تقی شیرازی ۱۲۵
- میناب ۵۱، ۱۴۷، ۱۵۲، ۱۶۹
- ناخوشی باد ۲۲۶
- ناصرالدین شاه ۳۵، ۴۳، ۱۱۹، ۱۲۲، ۳۰۴
- ۳۳۴، ۳۳۷، ۳۶۵، ۳۶۶، ۳۶۸، ۳۷۱، ۳۸۹
- ناصری ۲۴۷، ۳۳۶، ۳۸۶
- نخجوان ۱۵۲
- نصرت آباد ۸۹، ۱۱۳، ۱۶۰، ۱۶۱
- ۲۲۹، ۲۳۴
- نظریه بخار مسموم کننده ۱۱۳
- نفتک ۲۵۰
- نلیگان ۱۹، ۷۴، ۷۷، ۸۲، ۱۳۵
- ۱۵۴، ۱۵۷، ۱۵۸، ۱۷۸، ۱۷۹، ۲۱۸
- ۲۱۹، ۲۲۱، ۳۲۶، ۳۲۷
- نمایندگی تجاری هلند ۳۷۳
- نوبل ۷۰، ۳۷۶
- نوبه ۷۲، ۷۵
- نیروی برق ۲۷۰، ۲۸۶
- نیک شهر ۱۰۲
- هافمن ۱۶۷

وبا ۲، ۵، ۷، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۷، ۱۸، ۲۶، ۳۳، ۳۴، ۳۵، ۳۶، ۳۷، ۳۸، ۳۹، ۴۰، ۴۱، ۴۲، ۴۳، ۴۵، ۴۷، ۴۸، ۵۰، ۵۱، ۵۲، ۵۳، ۵۴، ۵۵، ۸۷، ۱۱۲، ۱۱۳، ۱۱۵، ۱۱۶، ۱۱۷، ۱۱۸، ۱۱۹، ۱۲۱، ۱۲۲، ۱۲۴، ۱۲۷، ۱۲۹، ۱۳۱، ۱۳۶، ۱۳۷، ۱۳۸، ۱۴۰، ۱۴۶، ۱۴۷، ۱۵۰، ۱۵۱، ۱۵۲، ۱۵۴، ۱۵۵، ۱۵۶، ۱۵۷، ۱۵۸، ۱۵۹، ۱۶۴، ۱۶۷، ۱۶۸، ۱۶۹، ۱۷۰، ۱۷۱، ۱۷۲، ۱۷۳، ۱۷۴، ۱۷۵، ۱۷۶، ۱۸۰، ۱۸۲، ۱۸۳، ۱۸۴، ۲۱۳، ۲۱۴، ۲۱۵، ۲۱۸، ۲۲۸، ۲۳۲، ۲۴۵، ۲۴۶، ۲۶۷، ۲۶۸، ۲۷۱، ۲۳۳، ۲۳۵، ۲۳۷، ۳۳۹، ۳۴۲، ۳۶۱، ۳۸۴، ۳۸۵	هدایه المتعلمین فی الطب ۷۲ هرات ۱۲، ۱۳، ۲۱، ۳۴، ۳۹، ۴۴، ۱۶۵، ۱۶۶، ۱۶۸، ۲۱۹ هرمز ۱۳۰، ۱۷۷ هرمزگان ۱۰۱ همدان ۱۳، ۱۶، ۲۲، ۳۳، ۳۴، ۳۶، ۳۸، ۴۱، ۴۲، ۴۳، ۴۴، ۴۷، ۴۸، ۴۹، ۵۰، ۵۴، ۸۴، ۸۹، ۱۲۵، ۱۲۸، ۱۵۴، ۱۵۵، ۱۷۶، ۲۲۲، ۲۲۵، ۲۲۶، ۲۳۴، ۳۷۱ هند ۱۹، ۲۲، ۲۴، ۲۵، ۳۴، ۳۹، ۴۰، ۴۲، ۴۳، ۴۴، ۴۷، ۱۱۹، ۱۲۸، ۱۳۴، ۱۳۹، ۱۴۵، ۱۴۸، ۱۴۹، ۱۵۰، ۱۶۱، ۱۶۳، ۱۶۴، ۱۶۶، ۱۶۹، ۱۷۰، ۱۷۱، ۱۸۷، ۱۹۲، ۱۹۶، ۲۲۲، ۲۲۹، ۲۳۰، ۲۳۲، ۲۳۳، ۲۴۸، ۲۵۱، ۲۵۲، ۲۶۶، ۲۶۷، ۳۰۴، ۳۱۹، ۳۲۱، ۳۴۰، ۳۷۲ هندیجان ۴۶ هنگام ۷۱، ۸۸، ۱۱۷، ۱۳۰، ۱۳۱، ۱۵۴، ۱۶۴، ۱۸۱، ۱۸۲، ۲۵۵، ۲۵۹، ۳۰۱، ۳۲۴، ۳۸۹ هوپتمن ۱۱۴ هیئت دفاع بهداشتی ۱۵۷ هیئت ضد وبا ۵۱ واتسون ۱۶۱، ۱۶۲، ۱۶۳
وبای آسیایی ۳۶ وبای پاییزی ۳۶ ورامین ۹۲، ۹۴، ۹۶، ۳۲۰، ۳۲۳، ۳۲۶، ۳۲۸ وهم ۳۰۱ ویار ۳۰۱، ۳۰۸ ویلسون ۱۶۶، ۱۶۷، ۲۱۸، ۲۵۵ ویلیام مک کالوم ۷۰ یزد ۳۴، ۳۸، ۴۰، ۴۲، ۴۴، ۴۷، ۴۹، ۸۹، ۱۲۵، ۲۲۲، ۲۲۳، ۲۳۳، ۲۳۴، ۲۳۶، ۳۷۱ یعقوب لیث ۲۹۸	

STUDIES IN THE HISTORY OF MEDICINE IN IRAN

WILLEM FLOOR



بنیاد فرهنگ و اندیشه سازندگی
استان تهران



بنیاد ایران‌شناسی
تهران



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
مرکز تحقیقات طب گرمسیری و عفونی گنج گارس



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت آموزشی



بنیاد ملی اسناد و کتابخانه
استان تهران