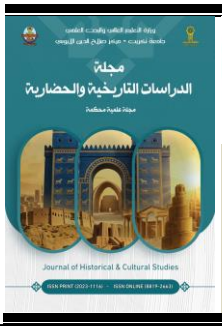
Journal of Historical and Cultural Studies, Vol.17, No. (70), (2026): 160 – 185
DOI: https://doi.org/10.25130/jhcs.17.70.8.2026



IRAQI Academic Scientific Journals

العراقية المجلات الاكاديمية العلمية

JHCS

مجلة الدراسات التاريخية والحضارية

Journal of historical & cultural studies
Print - ISSN: 20231116 & Online - ISSN: 88192663

Journal Homepage:
https://iasj.rdd.edu.iq/journals/journal/view/396

* **Researcher Name (1):** *Dr. Rasha Abdel-Samad Ismail*
Work Aadrees: Tikrit University – College of Arts – Department of History
Email; ras ha_ismael@tu.edu.iq

Key Words:

- **The Qajar Era -**
- **Epidemics**
- **Quarantine**
-- **House of Arts**
- **Health Preservation Council**

Article Information:

Received: 17/5/2026
Received in revised form:1/6/2026
Accepted:8/6/2026
Final Proofreading:24/5/2026
Published:18/6/2026

Information of the corresponding researcher:

©THIS IS AN OPEN ACCESS ARTICLE UNDER THE CC BY /LICENSE. http://creativecommons.org/licenses/by/4.0

Search title in English
Health conditions in Iran during the Qajar era (1796-1925): A historical study of diseases, epidemics, and health policies

Abstract

This study offers a sophisticated historical and socio-political analysis of the public health landscape in Iran under the Qajar dynasty (1796–1925), a pivotal period defined by the profound tension between deeply rooted medical traditions and the onset of modern Western transformation. The research investigates the precarious sanitary and environmental conditions of the era, characterized by a fragile urban and aquatic infrastructure that rendered Persian society vulnerable to devastating, cyclical outbreaks of cholera, plague, smallpox, and the 1918 Spanish influenza. These epidemics are examined not merely as clinical phenomena, but as socio-political catalysts that exposed the administrative and structural limitations of the Qajar state.

Furthermore, the study scrutinizes the evolution of institutional health policies, tracing the transition from rudimentary, fatalistic traditional practices to the institutionalization of modern medicine. It highlights the influence of European diplomatic encounters, the imposition of quarantine measures (Quarantina), and the fundamental role of the "Dar al-Funun" school in reforming medical education and introducing clinical anatomy. Central to this analysis is the formation of the "Sanitary Council" (Majles-e Hefz-e Sehheh) and the eventual establishment of the Pasteur Institute in 1920. The research concludes that the public health crises in Qajar Iran served as a critical mirror reflecting the broader struggle for modernization, where the fight against contagion became an inadvertent driver for structural, legal, and administrative reform within the modern Iranian

Journal of Historical and Cultural Studies, Vol.17, No. (70), (2026): 160 – 185
DOI: https://doi.org/10.25130/jhcs.17.70.8.2026

الأوضاع الصحية في إيران خلال العهد القاجاري (1796–1925م): دراسة تاريخية للأمراض والأوبئة والسياسات الصحية.

*اسم الباحث(1): م.د. رشا عبدالصمد أسماعيل
مكان العمل:جامعة تكريت – كلية الاداب – قسم التاريخ
البريد الالكتروني: rasha_ismael@tu.edu.iq

ملخص:

تتقصى هذه الدراسة الملامح الاجتماعية والسياسية للمشهد الصحي في إيران إبان الحكم القاجاري (1796–1925)، وهي الحقبة التي اتسمت بالتجاذب الحاد بين الموروث التقليدي والرياح الوافدة للحداثة الغربية و يستعرض البحث واقع البيئة الصحية الإيرانية التي عانت من هشاشة البنية التحتية العمرانية والمائية، وما نتج عنها من تفشٍ دوري للأوبئة الفتاكة كالكوليرا، والطاعون، والجدري، والإنفلونزا الإسبانية، مبيناً أن هذه الأوبئة لم تكن مجرد أزمات طبية عابرة، بل شكلت اختباراً حقيقياً لشرعية السلطة وتماسك المجتمع.

كما تسلط الدراسة الضوء على تطور السياسات الصحية من العفوية القدرية إلى العمل المؤسسي، وكيف أسهم الاحتكاك الدبلوماسي والعسكري مع القوى الأوروبية في ولادة بواكير التنظيم الصحي الحديث، متمثلاً في تأسيس "مجلس الصحة العام" (مجلس حفظ الصحة)، وفرض إجراءات الحجر الصحي (الكرنتينا)، وتغلغل الطب الوقائي ويحلل البحث الدور المحوري لمدرسة "دار الفنون" والأطباء الخريجين في تحديث العقل الطبي الإيراني، وصولاً إلى تأسيس معهد باستور عام 1920 وتخلص الدراسة إلى أن المسألة الصحية في العهد القاجاري كانت مرآةً عاكسة للصراع بين التخلف الإداري والطموحات الإصلاحية، وكيف شكلت الأوبئة محركاً قسرياً نحو التغيير الهيكلي في الدولة الإيرانية الحديثة.

الكلمات المفتاحية

- العهد القاجاري
- الأوبئة
- دار الفنون
- الحجر الصحي
- مجلس حفظ الصحة

معلومات البحث

تاريخ استلام البحث:2026/5/17
تاريخ استلام النسخة النهائية:2026/6/1
تاريخ قبول النشر:2026/6/8
تاريخ اجراء التدقيق اللغوي:2026/5/24
تاريخ النشر على موقع المجلة: 2026/06/18

معلومات الباحث المراسل:

©THIS IS AN OPEN ACCESS ARTICLE UNDER THE CC BY /LICENSE. http://creativecommons.org/licenses/by/4.0

Journal of Historical and Cultural Studies, Vol.17, No. (70), (2026): 160 – 185
DOI: https://doi.org/10.25130/jhcs.17.70.8.2026

المقدمة:

يُمثّل العهد القاجاري (1796–1925) في تاريخ إيران الحديث حقبةً مفصلية تجاذبتها رياح التغيير بين الموروث التقليدي المحافظ والوافد الحضاري الغربي ولم يكن هذا الصراع مقتصراً على الأروقة السياسية أو الميادين العسكرية، بل تجسّد في أدقّ تفاصيل الوجود الإنساني المتمثلة في "الصحة العامة والبقاء" إن الغوص في غمار الأوضاع الصحية خلال هذه الحقبة ليس مجرد سردٍ لتاريخ الأوجاع والأمراض.

تنبثق أهمية هذا البحث من كونه يُسلط الضوء على جانبٍ "مسكوت عنه" في الدراسات التاريخية التقليدية المهتمة بالشأن الإيراني، والتي انشغلت لقرون بأخبار البلاط والحروب والمعاهدات الدبلوماسية، مغفلةً القوى المجهرية والأوبئة الكاسحة التي فتكت بالأمة الإيرانية وهددت كيانها الديموغرافي وتتحصل أسباب اختيار هذا الموضوع في ثلاث نقاط جوهرية:

الربط بين السياسة والصحة: تبيان كيف انعكس الضعف الإداري والمالي للقاجاريين على واقع البيئة الصحية ورعاية الرعايا.

التأثير الديموغرافي والاقتصادي: رصد أثر الأوبئة الكبرى في خلخلة البنية السكانية، وفقدان القوى العاملة، وشل الحركة التجارية وقوافل الزوار.

تتمحور إشكالية هذه الدراسة حول التساؤل الرئيس التالي: إلى أي مدى استطاعت الدولة القاجارية، بهيكليتها الإدارية التقليدية وإمكاناتها المالية المحدودة، مواجهة الأوبئة العابرة للحدود؟

أما الفجوة البحثية التي يسعى هذا البحث لسدها، فتتمثل في ندرة الدراسات العربية التي تربط بين الكوارث الصحية (لا سيما الإنفلونزا الإسبانية 1918) وبين السقوط البنيوي والنهائي للدولة القاجارية، فضلاً عن تقديم تحليل مقارن يوضح تطور الوعي المؤسسي الإيراني بين وباء كوليرا 1892 ووباء إنفلونزا 1918.

تعتمد هذه الدراسة على المنهج التاريخي التحليلي، مستعينة بالمتغيرات الاجتماعية لتفسير ردود الأفعال الشعبية والدينية تجاه آليات التحديث الطبي. ولتحقيق الإحاطة الشاملة بالموضوع، تم تقسيم البحث إلى خمسة مباحث متكاملة:

Journal of Historical and Cultural Studies, Vol.17, No. (70), (2026): 160 – 185
DOI: https://doi.org/10.25130/jhcs.17.70.8.2026

تبدأ هذه الرحلة المعرفية من المبحث التمهيدي، الذي يمثل أرضية التأسيس التكويني عبر استنطاق واقع "الوراثة الطبية والوضع الصحي في إيران قبيل العهد القاجاري"، لرسم ملامح المشهد الإرثي الذي تلقته الدولة الجديدة.

ومن هذا التمهيد البنيوي، ينتقل البحث في المبحث الأول نحو سياقاته المادية والفكرية من خلال دراسة "البنية البيئية الحاضنة للمرض وإطار طب الأخلاط الأربعة التقليدي"، حيث تتمازج الجغرافيا المريضة بالوعي المعرفي السائد آنذاك، وجاء المبحث الثاني ليرصد تجليات هذا التفاعل موضوعياً عبر "خارطة الأوبئة الفتاكة والتحولات الديموغرافية والسياسية"، متتبعاً ضربات الفتك العنيف التي قادها (الثالوث الأسود والوافد الجديد) وما خلّفته من خلخلة في الأركان الاجتماعية والسياسية للبلاد.

وأمام هذا التداعي الديموغرافي، كان لا بد للمجتمع والدولة من رد فعل بَنّاء؛ وهو ما يتناوله المبحث الثالث باحثاً في "مخاض التحديث الأكاديمي والمؤسسي"، مستعرضاً "عصر دار الفنون والتقنين الطبي" كبوابة إجباريّة وعبرت منها إيران من أروقة الطب التقليدي إلى فضاءات العلوم الحديثة.

وأخيراً، يكتمل هذا البناء في المبحث الرابع الذي يمتد بالظاهرة الصحية من حيزها المحلي إلى الفضاء العالمي، معالجاً "الأبعاد الدولية والسياسية للسياسات الصحية"، حيث تتشابك الإجراءات السيادية والوقائية مثل "الكرنتينا" وتأسيس "معهد باستور"، مع التعقيدات الأيديولوجية والاجتماعية المتمثلة في "موقف النخب الدينية"، لتكتمل بذلك اللوحة الحركية لطبابةٍ وقفت على الحد الفاصل بين الأصالة والمعاصرة.

المبحث التمهيدي: الوراثة الطبية والوضع الصحي في إيران قبيل العهد القاجاري

المطلب الأول: الإرث الطبي التقليدي والمؤسسات الصحية في العهدين الصفوي والزند

شكلت الحالة الصحية والطبية في إيران قبيل صعود الأسرة القاجارية امتداداً هيكلياً ونظرياً للإرث الطبي الإسلامي الكلاسيكي المستند إلى أدبيات ابن سينا والرازي ورغم أن العهد الصفوي شهد محاولات لتأسيس بنى طبية مستقرة عبر بناء "دور الشفاء" (البيمارستانات) في الحواضر الكبرى مثل أصفهان وشيراز، إلا أن هذه المؤسسات ظلت محكومة بنظام الأوقاف والجهود الفردية، وعانت من محدودية القدرة الاستيعابية وتدهور الإمكانيات عند مواجهة الأوبئة الكبرى (نجم آبادي، 1974، ص ص 625–627).

Journal of Historical and Cultural Studies, Vol.17, No. (70), (2026): 160 – 185
DOI: https://doi.org/10.25130/jhcs.17.70.8.2026

كان الطب يُمارس كحرفة موروثة تسيطر عليها فئة "الحكماء"، ولم تكن هناك استراتيجيات وقائية مركزية ترعاها الدولة، بل تُرِكت النظافة العامة والصحة الفردية للممارسات التقليدية السائدة.

المطلب الثاني: واقع النظافة العامة والطب الشعبي والروحي في المجتمع قبل القاجاري

اتسمت البيئة الحضرية في المدن الإيرانية قبيل العهد القاجاري بتدني مستويات النظافة العامة؛ إذ كانت الفضلات تُلقى في الأزقة الضيقة، وغابت أنظمة تصريف المياه العادمة، مما جعل المدن بؤراً خصبة للأمراض المعدية المستوطنة والوافدة (Elgood, 1951, pp. 110–112).

ونتيجة لعجز الطب الرسمي (طب الحكماء) عن تقديم حلول حاسمة للأمراض المستعصية والأوبئة الدورية كالكوليرا والطاعون، تنامى دور "الطب الشعبي" والأساليب الروحانية في الوجدان الجمعي الإيراني فالجأ السكان إلى التمائم، والأدعية، وزيارة المراقد الدينية كخطوط دفاع أولى ضد الفناء، وعاش النظام الصحي في حالة من "العزلة الفنية" والجمود المعرفي القائم على تكرار النصوص الطبية القديمة دون أي إضافة علمية تواكب تطور الأوبئة (Elgood, 1951, pp. 115–117).

المبحث الأول: البنية البيئية الحاضنة للمرض وإطار طب الأخلاط الأربعة التقليدي

المطلب الأول: الإطار الفلسفي لنظام الأخلاط الأربعة وآليات التشخيص التقليدية

اعتمد المشهد الطبي في بداية العهد القاجاري كلياً على نظرية "الأخلاط الأربعة" (الدم، البلغم، الصفراء، السوداء) المنحدرة من الطب اليوناني–الإسلامي (جالينوس وابن سينا) ووفقاً لهذا الإطار، فإن الصحة هي حالة من "الاعتدال والتوازن" بين هذه الأخلاط المرتبطة بعناصر الطبيعة الأربعة (Schlimmer, 1874, p. 82).

كان "الحكيم باشي" وهو كبير الأطباء في الدولة القاجارية ورئيس الأطباء في البلاط الشاهاني يعتمد في تشخيصه للأمراض على مراقبة نبض المريض، ولون الإدار، وتحديد طبيعة المرض إن كان حاراً أو بارداً وبناءً عليه، يتم العلاج بقاعدة "المضادات"؛ فعلاج المرض الحار يكون بأغذية وأدوية باردة (مثل شراب السكنجبين))))(لمطالعة المقارنة

Journal of Historical and Cultural Studies, Vol.17, No. (70), (2026): 160 – 185
DOI: https://doi.org/10.25130/jhcs.17.70.8.2026

المفصلة بين المفاهيم والممارسات التشخيصية والعلاجية لكل من الطب التقليدي والحديث ينظر ملحق جدول رقم 5) ، وكان "الفصد" (الحجامة) وإخراج الدم هو العلاج السائد والمشترك لغالبية الأمراض لتخفيف ما يُسمى بـــ"الضغط الدموي الزائد"، وهو ما أسفر في أحيان كثيرة عن وفاة المرضى بسبب فقر الدم الحاد أو تلوث الجروح (Ebrahimnejad, 2004, pp. 50–53؛ بروان، 1965، ص ص120–123).

المطلب الثاني: التخطيط العمراني وتلوث المياه وأنظمة القنوات المائية المكشوفة.

لعبت البيئة الجغرافية والتخطيط العمراني للمدن القاجارية (مثل طهران وتبريز وأصفهان) دوراً مباشراً في تفاقم الأوضاع الصحية؛ إذ كانت المدن تعتمد على نظام "القنوات" الأرضية والمكشوفة لتوفير المياه وتميزت هذه القنوات بكونها عرضة للتلوث البشري والحيواني المستمر(جمال زادة ، 1990، ص76)؛ حيث كان الأهالي يغسلون الثياب، والأواني، وحتى جثث الموتى في الممرات المائية ذاتها التي تسبق وصول المياه إلى بيوت الشرب (المحبوبي الأركادني، 1991، ص ص 150–152).

أدى سوء تصريف المياه وركودها في الأزقة الضيقة إلى تحويل الحواضر الإيرانية إلى مستنقعات وبائية، وغدت الحمامات العامة التي كانت تعد مركزاً اجتماعياً وصحياً أساسياً– بؤراً رئيسية لنقل الأمراض الجلدية والمعوية المستوطنة كالدوسنتاريا والتيفوئيد نتيجة لعدم تجديد مياهها بانتظام (للاطلاع على تفاصيل العوامل البيئية والحضرية المساعدة على انتشار هذه الأمراض ينظر ملحق رقم 3) (Curzon, 1892, pp. 93–94؛ ناطق، 1979، ص ص 167–168).

المطلب الثالث: الاكتظاظ السكاني، والنمط السكني، وأثر نقل الجثامين الطقسي.

شكل النمط السكني في العصر القاجاري، القائم على البيوت الطينية المتلاصقة وافتقارها للتهوية الكافية، بيئة مثالية لانتقال العدوى ففي فصل الشتاء، كانت العائلات تجتمع حول "الكرسي" (وهي طاولة خشبية مغطاة بلحاف سميك وتحتها فحم مشتعل)، مما يتسبب في انتقال سريع للأمراض التنفسية والجلدية بين أفراد الأسرة الواحدة (المحبوبي الأركادني، 1991، ص ص 165–170).

إلى جانب ذلك، برزت ظاهرة اجتماعية–دينية ذات أثر صحي كارثي، وهي طقس "نقل الجثامين"؛ حيث كان الإيرانيون يصرون على نقل جثث موتاهم من مختلف الأقاليم لدفنها في

Journal of Historical and Cultural Studies, Vol.17, No. (70), (2026): 160 – 185
DOI: https://doi.org/10.25130/jhcs.17.70.8.2026

العتبات المقدسة (مثل كربلاء والنجف ومشهد))(حول تداخل العادات الجنائزية والدينية وحركة القوافل في نشر العدوى وتأثيرها على الصحة العامة ينظر محلق جدول رقم 3 وجدول رقم 6) وكانت هذه القوافل الجنائزية تتحرك لمسافات طويلة وهي تحمل جثثاً في طور التحلل، مما ساهم بشكل مباشر في نشر وتوزيع ميكروبات الطاعون والكوليرا على طول طرق التجارة والمدن التي تمر بها (الوردي، 2005، ص ص 155–157).

المطلب الرابع: مستويات الممارسة الطبية التقليدية وأسباب صمود طب الأخلاط

توزعت الممارسة الطبية قبل التحديث على ثلاثة مستويات طبقية:

1. الحكماء: وهم النخبة المتعلمة نظرياً التي تقرأ النصوص الكلاسيكية الفارسية والعربية في بيوتها أو المدارس التقليدية.

2. العطارون: وهم الصيادلة التقليديون الذين يمتلكون خبرة عملية واسعة في تركيب الأعشاب وتجارتها.

3. الممارسون الشعبيون: وتشمل الحلاقين (المنوط بهم الجراحة البسيطة، وختان الأطفال، والفصد) والمجبرين (لعلاج كسور العظام) (رضائي، 2005، المجلد 4، ص ص 222–224).

ورغم الصدمات الوبائية المتكررة ودخول الطب الحديث لاحقاً، صمد نظام الأخلاط التقليدي حتى نهاية العصر القاجاري لعدة أسباب؛ أبرزها انخفاض كلفته المالية وجعله متاحاً للعامة مقارنة بأسعار الأطباء الأوروبيين (حاتمي، 2005، ص ص 89–91)، وارتباطه الثقافي بالهوية والدين في الوجدان الشعبي (الرواندي، 2014،ص 87)، فضلاً عن تجذره في النمط الغذائي اليومي للمطبخ الإيراني المعتمد على تصنيف الأطعمة إلى "سردي" (بارد) و"كرمي" (حار) لاستعادة توازن الجسد (Ebrahimnejad, 2004, pp. 47–49).

المبحث الثاني: خارطة الأوبئة الفتاكة والتحولات الديموغرافية والسياسية

المطلب الأول: الكوليرا بوصفها "العدو الأول" ومسارات انتقالها الجغرافي

شكلت الكوليرا الوباء الأكثر حضوراً وتدميراً في العهد القاجاري؛ إذ اجتاحت إيران ما لا يقل عن سبع موجات كبرى خلال القرن التاسع عشر ومطلع القرن العشرين (Floor, 2004, pp. 171–178). وتمثلت مسارات العدوى الجغرافية في محورين رئيسيين:

Journal of Historical and Cultural Studies, Vol.17, No. (70), (2026): 160 – 185
DOI: https://doi.org/10.25130/jhcs.17.70.8.2026

المحور الجنوبي (البحري): عبر السفن التجارية البريطانية والقوافل القادمة من الهند إلى ميناء بوشهر في الخليج العربي (Perkins, 1843, p. 67).

المحور الشرقي والغرّبي (البري): عبر تحركات قوافل الحجاج والزوار والتجار القادمين من أفغانستان باتجاه مشهد، أو الذاهبين والراجعين من العتبات المقدسة في العراق العثماني (غريب، 1998، ص ص 219–221).

تسببت الكوليرا في انهيار تام للأسواق وشلل اقتصادي عام، واقترنت أزماتها بظاهرة "الهروب السياسي"؛ إذ كان الحكام والأثرياء يفرون جماعياً إلى المناطق الجبلية والمصايف عند اقتراب الوباء، تاركين المدن في حالة فوضى عارمة ونهب، كما حدث في وباء عام 1892 عندما فرّ ناصر الدين شاه وبلاطه إلى جبال البرز، مما أدى إلى تآكل هيبة السلطة والشرعية السياسية في عيون الرعايا(لرصد المسارات الجغرافية والدلالات السياسية والاجتماعية لأبرز موجات الكوليرا ينظر ملحق جدول رقم 1 وجدول رقم 2) (الإقبال الآشتياني، 2010، ص ص 565–567؛ Afkhami, 2019, pp. 192–195).

المطلب الثاني: الطاعون والتيفوئيد والجدري (مواطن الانتشار، ومعدلات الوفيات)

لم تكن الكوليرا الفاتك الوحيد بالمجتمعات خلال تلك الحقبة، بل شاركتها أوبئة متوطنة ووافدة أخرى شكلت ثالوثاً مرعباً، فكان الطاعون وبخاصة الطاعون الدملي والرئوي، الوباء الأكثر رعباً. انتقل المرض عبر البراغيث التي تحملها الفئران بسهولة عبر مخازن الحبوب والسفن. وبلغت معدلات الوفيات مستويات قياسية؛ ففي وباء الطاعون العظيم عام 1831، تشير التقارير التاريخية والقنصلية إلى أن نسبة الوفيات في المدن المصابة تراوحت بين 50% إلى 70% من إجمالي عدد السكان، حيث خسرت مدينة بغداد وحدها ما يقارب ثلثي سكانها في غضون أشهر قليلة رغم أن الطاعون كان أقل تكراراً من الكوليرا، إلا أن وطأته كانت مرعبة بسبب سرعة فتكه؛ حيث ضربت موجة طاعون عنيفة عام 1831 العاصمة طهران وتبريز، وأبادت ما يقرب من نصف سكان بعض الحواضر (Sheil, 1856, p. 67)؛ (Panzac, 1993, p. 118; Dols, 1977, p. 233).

وقد بلغت الكارثة ذروتها التاريخية في الحقبة الممتدة بين (1870–1872)، حيث تداخل الجفاف الشديد والمجاعة الكبرى مع انتشار وباء الطاعون وتؤكد التقديرات الأكاديمية الرصينة أن إيران فقدت في هذه السنتين ما يقرب من(1.5 إلى 2 مليون نسمة) أي ما

Journal of Historical and Cultural Studies, Vol.17, No. (70), (2026): 160 – 185
DOI: https://doi.org/10.25130/jhcs.17.70.8.2026

يعادل 20% من إجمالي عدد السكان (مجد، 2007، ص ص 70–77؛ ناطق، 1979، ص ص 176–178). أدت هذه الكارثة الديموغرافية إلى نقص حاد في الأيدي العاملة الزراعية، وكساد الإنتاج الاقتصادي، وتحول أقاليم كاملة إلى أراضٍ قاحلة خاوية.

2. التيفوئيد :عُرف تاريخياً بـــ "الحمى المعوية" أو "الحمى النمشية"، وكان موطن انتشاره الرئيسي هو السجون، الثكنات العسكرية، والأحياء الفقيرة التي تفتقر لشروط النظافة الأساسية. ينتقل عبر المياه والأطعمة الملوثة ببكتيريا وتراوح معدل وفياته الفورية بين 15% إلى 25%، إلا أن خطورته تكمن في كونه وباءً مزمناً يستوطن المدن لسنوات (التميمي، 2011، ص 99؛ مستوفي، 2005، ج2، ص 180).

3. الجدري: كان الجدري مرضا مستوطناً من الأوبئة الفيروسية شديدة العدوى، وكان ضحاياه الرئيسيون من الأطفال دون سن العاشرة. تميز الجدري بمعدلات وفيات عالية بين الأطفال تصل إلى 30% إلى 40%، ومن ينجو منه كان يُصاب بالعمى المستديم أو التشويه الكامل للوجه (الندوب) (كحالة، 1964، ص 143؛ فسايي، 2002، ص 415).كان الجدري يفتك بالأطفال بشكل رئيس ومأساوي في المجتمع الإيراني(لمتابعة خريطة انتشار هذا الثالثوث الفتاك ومعدلات وفياته وأثره الديمغرافي ينظر ملحق جدول رقم 1 وجدول رقم 6)، ويُنظر إليه شعبياً كضريبة طبيعية لمرحلة الطفولة ترك المرض تشوهات جسدية بالغة وعمى دائم بين من كُتبت لهم النجاة (الإقبال الآشتياني، 2010، ص ص 560–565).

ومع محاولات الوزير المصلح "أمير كبير" إدخال التلقيح والتطعيم الحديث ضد الجدري، واجهت هذه السياسة الوقائية مقاومة شرسة من الفئات المحافظة والمطببين التقليديين الذين روجوا لشائعات تزعم أن التطعيم يحمل دماءً "إفرنجية كافرة" تسعى للسيطرة على أجساد المسلمين، مما تسبب في حصر التطعيم في بداياته داخل نطاق النخبة وأبناء الطبقات الأرستقراطية في طهران، بينما استمر الفقراء في الأرياف والقبائل بفقدان أطفالهم نتيجة للممارسات التقليدية كـــ"التجدير" البدائي (بكري، 2012، ص ص 54–58).

المطلب الثالث: الأمراض المتوطنة (الملاريا، التراخوما، الأمراض الجلدية، وسوء التغذية)

لم تكن الأوبئة الفتاكة كالكوليرا والطاعون هي المهدد الوحيد للحياة، بل كانت هناك "منظومة" من الأمراض المتوطنة التي رافقت الإنسان الإيراني في مدنه وقراه كظله، ناتجة عن تضافر المناخ، غياب الرعاية، وسوء التغذية(حول طبيعة الأمراض المتوطنة ونطاقها

Journal of Historical and Cultural Studies, Vol.17, No. (70), (2026): 160 – 185
DOI: https://doi.org/10.25130/jhcs.17.70.8.2026

الجغرافي وارتباطها بالبيئة الحضرية والريفية ينظر ملحق جدول رقم 1 وجدول رقم 3) (علي، 1989، ص 95):

الملاريا: انتشرت الملاريا (التي عُرفت محلياً بـــ "تب نوبة") بشكل مرعب في المناطق الرطبة، وتحديداً في ولايات غيلان ومازندران على ساحل بحر قزوين، وكذلك في الواحات الوسطى والجنوبية حيث المياه الراكدة والمستنقعات الناتجة عن تسرب القنوات. وكانت الملاريا سبباً رئيساً في فقر الدم المزمن وضخامة الطحال لدى الأطفال، مما قلل من متوسط العمر المتوقع (Curzon, 1892, Vol. 1, p. 492).

التراخوما وأمراض العيون: بسبب الغبار المتطاير في الهضبة الإيرانية الجافة، وانعدام النظافة الشخصية، وشح المياه النظيفة، كانت أمراض العيون مثل التراخوما (الرمد الحبيبي) والمياه البيضاء منتشرة بشكل واسع، لدرجة أن الرحالة الأجانب أشاروا إلى كثرة المكفوفين وضعاف البصر في شوارع المدن الإيرانية (Cochran, 1907, p. 48).

الأمراض الجلدية: برزت "الحبة الجلدية" أو ما عُرف بـــ "سالك" (أو حبة حلب/بغداد/شيراز) وهي داء الليشمانيات الجلدي الذي ينقله ذباب الرمل؛ حيث تركت هذه التقرحات ندوباً مشوهة على وجوه الأطفال والنساء (نجم آبادي، 1974، ص 312).

سوء التغذية: تضافرت العوامل السابقة مع الفقر المدقع والضرائب الباهظة والمجاعات المتكررة (مثل مجاعة 1870–1871 العظمى). كان الغذاء الأساسي لعامة الشعب يقتصر على الخبز الرديء والبصل والشاي، وافتقر النظام الغذائي للبروتينات والفيتامينات الأساسية، مما أدى إلى تفشي أمراض نقص التغذية كالكساح، والإسقربوط، والهزال، وجعل أجساد السكان بيئة هشّة وسريعة الانكسار أمام أي عدوى ميكروبية (ناطق، 1988، ص 118).

المطلب الرابع: الوافد القاتل: الإنفلونزا الإسبانية (1918–1919) وسقوط البنية السكانية

تمثل الإنفلونزا الإسبانية (1918–1919) واحدة من كبريات الكوارث الإنسانية المنسية في أواخر العهد القاجاري (إبان عهد أحمد شاه). دخل الفيروس التاجي إيران من ثلاثة محاور عسكرية متزامنة مع ويلات الحرب العالمية الأولى:(تقوي ، 2011، ص ص46–47)

المحور الشمالي: عبر القوات الروسية واللاجئين من القوقاز إلى ميناء أنزلي.

المحور الجنوبي: عبر السفن العسكرية البريطانية والجنود والعمال الهنود القادمين إلى بوشهر.

Journal of Historical and Cultural Studies, Vol.17, No. (70), (2026): 160 – 185
DOI: https://doi.org/10.25130/jhcs.17.70.8.2026

المحور الغربي: عبر تحركات الجيش العثماني والنازحين من جهة الحدود العراقية (اعتماد السلطنة – خان ، 1989، ص ص 130–131).

ضاعف من حجم هذه الكارثة تزامن الوباء مع "المجاعة الكبرى" الناتجة عن مصادرة القوات الاستعمارية للمحاصيل الزراعية الإيرانية وسوء التغذية الحاد والجفاف وتراوحت نسبة الوفيات الناتجة عن الإنفلونزا الإسبانية بين 8% إلى 22% من إجمالي السكان؛ حيث حصدت أرواح ما (بين 900,000 إلى 2,400,000 نسمة) (مجد، 2007، ص93؛ Afkhami, 2019, pp. 197–199). أبيدت عائلات ريفية وقبلية بالكامل في كرمان وشيراز، وشهدت العاصمة طهران حالات ذعر وهروب جماعي ساهمت قسراً في نقل الفيروس إلى القرى المعزولة بالداخل الإيراني (نوري، 1992، ص 77). (لإجراء مقارنة تحليلية مركزة بين وباء كوليرا عام 1892ووباء الانفلونزا الإسبانية من حيث السياق السياسي وطرق الانتشار ينظر ملحق جدول رقم 7 ولرصد الاثر الاقتصادي والديمغرافي العام لهذه الكوارث ينظر جدول رقم 6).

المبحث الثالث: مخاض التحديث الأكاديمي والمؤسسي (عصر دار الفنون والتقنين الطبي)

المطلب الأول: تأسيس مدرسة "دار الفنون" عام (1851) وإدخال العلوم الطبية السريرية

تُمثل مدرسة "دار الفنون" التي تأسست عام 1851 في طهران، بمبادرة من رئيس الوزراء المصلح ميرزا تقي خان "أمير كبير"، المنعطف الأبرز والجسر المعرفي الذي عبرت منه إيران من التقليد إلى الحداثة الطبية الأكاديمية (الإقبال الآشتياني، 2010، ص ص 568–569).

استقدمت الدولة أساتذة وأطباء من النمسا، وإيطاليا، وفرنسا لتدريس فرع الطب، وكان من أبرزهم الطبيب النمساوي جاكوب إدوارد بولاك (Dr. Jakob Eduard Polak) الذي يُعتبر الأب المؤسس للطب الحديث في إيران.

شهدت المدرسة إدخال المنهج السريري والعملي، وجرت لأول مرة دروس "علم التشريح" العلمي على الجثث(لمعرفة موقع تأسيس دار الفنون في سياق التطور التاريخي للسياسات الصحية الإيرانية ينظر ملحق جدول 4 وحول أثرها في التعليم الطبي جدول رقم 5)، وأُدخلت

Journal of Historical and Cultural Studies, Vol.17, No. (70), (2026): 160 – 185
DOI: https://doi.org/10.25130/jhcs.17.70.8.2026

تقنيات الجراحة الأوروبية الحديثة واستخدام التخدير (الكلوروفورم)، فضلاً عن إنشاء مختبرات الكيمياء والصيدلة لتركيب الأدوية الكيميائية بدلاً من الاعتماد المطلق على الأعشاب (رضائي، 2005، المجلد 4، 226–227؛ بكري، 2012، ص ص 58–60).

المطلب الثاني: حركة الترجمة، والتفريس العلمي، وتأسيس المستشفى الحكومي

رافق التدريس في "دار الفنون" حركة ترجمة ونشر علمية واسعة؛ إذ تم تعريب وتفريس المصطلحات الطبية الغربية لتسهيل استيعاب الطلاب ولتوفير بيئة تدريب عملية، ساهم خريجو وأساتذة المدرسة في تأسيس "المستشفى الحكومي" الأول في طهران (مرِيض خانه دولتي)، والذي أضحى النواة الأساسية لرعاية المرضى وفق الأصول العلمية الحديثة (حسن تاجبخش، 2000، ص 75–76).

كما تولى هؤلاء الخريجون قيادة حملات التطعيم المنظمة ضد الجدري والكوليرا في أوساط الجيش والقوات العسكرية الصاعدة، مما أسهم في بناء جيل جديد من الأطباء الإيرانيين الملقبين بـــ"المتفرنجين" (Saunders, 2002, p. 131).

المطلب الثالث: الرعيل الأول من الأطباء الإيرانيين وصياغة القوانين التشريعية (1096–1911)

لم ينحصر دور الرعيل الأول من خريجي "دار الفنون" في النطاق العلاجي والعيادي فحسب، بل تحولوا إلى مشرّعين وإداريين سعوا جاهدين لإنهاء حالة الفوضى الطبية في البلاد وضبط سوق العلاج الشعبي وقد تكللت جهودهم بالضغط لإصدار قوانين طبية رسمية عقب الثورة الدستورية (المشروطة) بين عامي 1906 و1911 (آدميت، 1975، ص ص 346–347؛ Browne، 1910، PP 27–29).

فرضت هذه التشريعات نظام "الإجازة الطبية الرسمية"، وحظرت ممارسة مهنة الطب أو فتح صيدلية على أي شخص ما لم يكن حاصلاً على شهادة أكاديمية معتمدة من مدرسة دار الفنون أو من جامعة أوروبية معترف بها، مما ساهم في تحويل الطب في إيران من حرفة موروثة عفوية" إلى "مهنة مقننة ومقيدة بسلطة القانون (حول أثر الأوبئة في دفع الدولة نحو الإدارة المركزية والتقنين ينظر ملحق جدول رقم 6 ولرصد التحول المؤسسي في التعامل مع مهنة الطب ينظر جدول رقم 5) (حاتمي، 2005، ص ص 97–98).

المطلب الرابع: دراسة تحليلية للشخصيات المحورية (محمد كرمانشاهي وخليل خان ثقفي)

Journal of Historical and Cultural Studies, Vol.17, No. (70), (2026): 160 – 185
DOI: https://doi.org/10.25130/jhcs.17.70.8.2026

برزت في مسيرة التحديث الطبي شخصيتان طبيتان إيرانيتان لعبتا دوراً محورياً في مؤسسة وإدارة الشأن الصحي:

الدكتور محمد كرمانشاهي (المعروف بـــ "كفيل الدولة"): يمثل رمز "الأكاديمية والمهنية السريرية". درس الطب في فرنسا وعاد حاملاً المنهج الباريسي الأكاديمي عمل أستاذاً في دار الفنون وناضل لفرض معايير الاختبارات العلمية على الممارسين تميز بغزارة تأليفه، ومن أشهر مؤلفاته موسوعة "مرآة الحكمة" (آينه حكمت) التي زاوجت بين المصطلحات القديمة والمكتشفات الحديثة، فضلاً عن ريادته في إدخال العمليات الجراحية المعقدة إلى إيران (. (Gurney, 1999, pp. 70–72; Elgood, 1951, pp. 488–490).

الدكتور خليل خان ثقفي (المعروف بـــ "أعلم الدولة"): يمثل رمز "السياسة الصحية والدبلوماسية الطبية" نجح بصفته الطبيب الخاص لمظفر الدين شاه في ربط المعرفة الطبية بدهاليز القرار السياسي؛ حيث استغل قربه من السلطة لإقناع الدولة بتمويل المحاجر الحدودية والمستشفيات، وساهم بفاعلية في تأسيس "مجلس حفظ الصحة"، عام 1868 وهي أول مؤسسة رسمية تعني بالصحة العامة والطب الوقائي فضلاً عن تأليف مصنفات في "الطب الوقائي" باعتباره خط الدفاع الأساسي لحماية المجتمع الإيراني من الفناء (. Gurney, 1999, pp. 77–78؛ فلسفي، 2003، ص ص 127–128).

المبحث الرابع: الأبعاد الدولية والسياسية للسياسات الصحية

المطلب الأول: دور الأطباء الأجانب في البلاط والبعثات الطبية التبشيرية الغربية

شكل الأطباء الأجانب العاملون في البلاط القاجاري (مثل الفرنسيين الدكتور كلوزيه والدكتور ثولوزان Dr. Tholozan، والنمساوي د. بولاك) قنوات اتصال سياسية وصحية بالغة الأثر؛ حيث نجحوا في التأثير على قرارات الشاه الصحية وحثه على تبني أساليب الوقاية الأوروبية (Wright, 1970, p. 67).

بالتوازي مع ذلك، نشطت البعثات الطبية التبشيرية الاستعمارية في أقاليم إيران؛ حيث أسست "البعثة المشيخية الأمريكية" مستشفيات حديثة هامة، أبرزها مستشفى "ويستمنستر" في أرومية عام 1882 بقيادة الدكتور جوزيف كوشران (Dr. Joseph Cochran) لتدريب المساعدين الإيرانيين (Cochran, 1907, p. 133).

Journal of Historical and Cultural Studies, Vol.17, No. (70), (2026): 160 – 185
DOI: https://doi.org/10.25130/jhcs.17.70.8.2026

كما أنشأت "الجمعية التبشيرية الكنسية البريطانية" مستشفيات في أصفهان، كرمان، يزد، وشيراز (حسن تاجبخش، 2000، ص ص 65–66). ورغم الأهداف التبشيرية والسياسية "الناعمة" لهذه المؤسسات، إلا أنها قدمت خدمات طبية متطورة، وتميزت بإدخال الطبيبات والممرضات الأجنبيات لأول مرة، مما أتاح للمرأة الإيرانية المحافظة فرصة الحصول على رعاية صحية حديثة بعيداً عن القيود التقليدية (إسماعيل رايين، 1970، ص 45).

المطلب الثاني: نشأة "مجلس حفظ الصحة" (1868) وإجراءات الحجر الصحي (الكرنتينا)

لم يكن تأسيس "مجلس الصحة العام" (مجلسِ حفظِ صحّة) عام 1868 نابعاً من رغبة قاجارية محضة، بل جاء استجابة لضغوط دبلوماسية قوية مارستها القوى الاستعمارية (بريطانيا وروسيا القيصرية)؛ حيث كانت هذه الدول تخشى انتقال الأوبئة من الأراضي الإيرانية عبر الحدود إلى مستعمراتها في الهند وأوروبا (آدميت، 1975، ص ص 341–342) وتشكل المجلس من أطباء الشاه الإيرانيين وأطباء السفارات الأجنبية، وتركزت مهامه في إصدار شهادات الوفاة، ومراقبة الأسواق، وفرض "الكرنتينا" (الحجر الصحي).

أقيمت محطات الحجر الصحي الحدودية في المنافذ الاستراتيجية كـــ(بوشهر) في الجنوب لمراقبة السفن القادمة من الهند، و(بندر أنزلي) في الشمال لمراقبة بحر قزوين، و(خانقين وقصر شيرين) على الحدود العثمانية (لتتبع المراحل التاريخية لتأسيس مجلس حفظ الصحة وتطور إجراءات الحجر ومحاجر الحدود ينظر ملحق جدول رقم 4 وحول أثر ذلك في العلاقات الدولية وسيادة الدولة ينظر الجدول رقم 6) (خياط، 1960،ص ص 95–96؛ غريب، 1998، ص ص 218–232). وشملت الإجراءات احتجاز المسافرين، وتبخير البضائع، وحرق ملابس المصابين.

المطلب الثالث: الصراع السياسي والاستعماري والمقاومة الشعبية والدينية لإجراءات الحجر

تحول الحجر الصحي إلى ساحة للصراع السياسي الإقليمي؛ إذ اتهمت الحكومة الإيرانية والنخب الوطنية كلاً من بريطانيا وروسيا باستخدام محطات "الكرنتينا" كأداة للرقابة العسكرية، والتدخل في حركية التجارة، وفرض النفوذ السياسي على الموانئ الحدودية (Afkhami, 2019, pp. 195–196).

وعلى الصعيد الداخلي، واجهت إجراءات الحجر مقاومة شعبية وعقائدية شرسة؛ إذ اعتبرت شريحة واسعة من الأهالي أن الحجر الصحي هو "بدعة أجنبية" تتدخل في قضاء الله وقدره

Journal of Historical and Cultural Studies, Vol.17, No. (70), (2026): 160 – 185
DOI: https://doi.org/10.25130/jhcs.17.70.8.2026

وتمنع المسلمين من حرية الحركة والتجارة وأداء الزيارات الدينية، وتفشى الفساد الإداري؛ حيث كان الموظفون يتلقون الرشاوى من التجار للسماح بمرور القوافل والجثامين دون الخضوع لتبخير الحجر، مما أفقد المنظومة نجاعتها الوقائية في كثير من المحطات (الحسني، 1948، ص137).

المطلب الرابع: الجدل الفكري والشرعي حول "الطب الإفرنجي" وتأسيس معهد باستور في طهران(1920)

شهد الفضاء الفكري الإيراني جدلاً واسعاً بين تيارين: تيار محافظ ينادي بالاكتفاء بـــ"الطب النبوي" والموروث الكلاسيكي، وتيار إصلاحي يرى وجوب الأخذ بالطب الإفرنجي الحديث لإنقاذ الأمة من الفناء والاندثار.

وقد انقسم موقف رجال الدين؛ فبينما عارض البعض التشريح والقرنطينة واعتبروها تدخلاً أجنبياً، أبدى مجتهدون آخرون مرونة شرعية وأفتوا بجواز التطعيم والحجر بناءً على قاعدة "لا ضرر ولا ضرار" وحفظ النفس (Ebrahimnejad, 2004, pp. 57–61).

وفي خضم هذا التحول، وتتويجاً لمخاض التحديث الطويل، تم تأسيس "معهد باستور" (Pasteur Institute) في طهران عام 1920م بأواخر العهد القاجاري. ومثّل المعهد أول مؤسسة بحثية طبية متطورة لإنتاج الأمصال واللقاحات المختبرية والآمنة (كلقاح الجدري، وداء الكلب، والكوليرا) في منطقة الشرق الأوسط، منهياً بذلك عصر الطرق التقليدية البدائية كـــ"التجدير"، وناقلاً الدولة الإيرانية رسمياً إلى عصر المناعة والمختبرات الطبية الحديثة (لتحليل الموقف الاجتماعي والثقافي تجاه الطب الوافد ينظر ملحق جدول رقم 5 وحول فاعلية هذه المؤسسات الوقائية في أواخر العهد القاجاري ينظر جدول رقم 4) (Ringer, 2001, p. 115).

المطلب الخامس : أثر تأسيس "معهد باستور"في تحولات السياسة الصحية الإيرانية

يمثل عام 1920 نقطة تحول جوهرية وانعطافة تاريخية في مسار السياسة الصحية الإيرانية؛ إذ شهد هذا العام ولادة "معهد باستور إيران" (Anstitu Pastur-e Iran). جاء التأسيس نتاجاً لمفاوضات وزير الخارجية الإيراني فيروز ميرزا نصرت الدولة مع إدارة المعهد في باريس عام 1919، ووقعت الاتفاقية الرسمية في 23 تشرين الأول 1920م

Journal of Historical and Cultural Studies, Vol.17, No. (70), (2026): 160 – 185
DOI: https://doi.org/10.25130/jhcs.17.70.8.2026

بأرسال الدكتور "جوزيف ميسنارد" لتجهيز المعهد (الخالدي، 2011، ص 167؛ أمين، 1977، ص 289).

أحدث المعهد ثورة حقيقية في هيكلية السياسة الصحية الإيرانية من خلال ثلاثة محاور رئيسية:

1. الإنتاج المحلي للأمصال واللقاحات: توقف الاعتماد الكامل على استيراد اللقاحات من الخارج وبدأ المعهد بإنتاج لقاحات الجدري، والكوليرا، والطاعون، وداء الكلب محلياً (عزيزي، 2016، ص 104).

2. توطين العلم الطبي: تحول الطب في إيران إلى علم مخبري استقصائي يرتكز على تقنيات التحليل البكتيريولوجي والبحث العلمي (محبّي، 2023، ص 53).

3. استقلال القرار الصحي الإيراني: منح وجود المعهد ذراعاً علمياً استشارياً وطنياً لـــ "وزارة الصحة والفوائد العامة" الناشئة، مما أغناها عن الاستعانة بالبعثات البريطانية أو الروسية الاستعمارية وبناء الأمن الصحي القومي (Baltazard, 1950, pp. 12–15; Floor, 2004, p. 218; Menard, 1926, p. 34).

الخاتمة والاستنتاجات

خلصت هذه الدراسة التاريخية التحليلية إلى أن الأوضاع الصحية في إيران خلال العهد القاجاري (1796–1925) لم تكن مجرد شأن طبي قطاعي معزول، بل كانت مرآة عاكسة ومحركاً قسرياً لبنية الدولة والمجتمع في صراعها الطويل نحو التحديث وبناءً على ما ورد في مباحث الدراسة، يمكن تدوين الاستنتاجات التالية:

1. الهشاشة البنيوية والتلازم البيئي المرضي: أثبتت الدراسة أن الواقع البيئي والعمراني للمدن الإيرانية القاجارية، متمثلاً في نظام القنوات المائية المكشوفة وضيق الأزقة وغياب الصرف الصحي، شكّل الحاضنة الأساسية لاستيطان الأوبئة، وأن طب الأخلاط التقليدي بأدواته التشخيصية (كالنبض والإدرار) وعلاجاته (كالفصد والحجامة) وقف عاجزاً عن فهم وإدراك حقيقة العدوى الميكروبية ومواجهة الأمراض عند تحولها إلى موجات وبائية كاسحة.

2. الأوبئة كفاعل ومحرك سياسي وديموغرافي: لم تكن موجات الكوليرا، والطاعون، والجدري، والإنفلونزا الإسبانية حوادث صحية عابرة، بل كانت أزمات وجودية تركت ندوباً عميقة على البنية الديموغرافية (فقدان 20% من السكان في مجاعة وطاعون 1870 وملايين

الوفيات في إنفلونزا 1918). كما عرت هذه الأوبئة عجز السلطة القاجارية السياسية، حيث ساهمت ظاهرة "الهروب السياسي للشاه وبلاطه" في تعميق الفجوة وتآكل الثقة بين الرعية والحكام.

3. مدرسة دار الفنون كمنعطف تاريخي وتحول نوعي: مثّل تأسيس مدرسة "دار الفنون" عام 1851، بجهود الوزير المصلح "أمير كبير"، نقطة الانفصال المعرفي والعملي عن الطب التقليدي؛ إذ أدخلت العلوم السريرية، والتشريح، والجراحة الحديثة، وخرجت الرعيل الأول من الأطباء الإيرانيين الذين قادوا معركة التحديث المؤسسي والتأليف والترجمة.

4. تطور الوعي المؤسسي عبر الأزمات: كشفت المقارنة التحليلية بين وباء كوليرا 1892 ووباء الإنفلونزا الإسبانية 1918 عن تحول تدريجي ونوعي في الوعي الصحي الجمعي والإداري في إيران؛ حيث انتقلت الاستجابة من العشوائية المطلقة والفرار والاتكال القدري في أواخر القرن التاسع عشر، إلى تنظيم اللجان الصحية وتفعيل دور "مجلس حفظ الصحة" وإصدار القوانين التشريعية المنظمة للمهنة الطبية عقب الثورة الدستورية (المشروطة).

5. التسييس الدولي والجدل الثقافي للشأن الصحي: أوضحت الدراسة أن السياسات الوقائية الحديثة، كالحجر الصحي (الكرنتينا)، ولدت في سياق التجاذب والتنافس الاستعماري (البريطاني–الروسي)، مما دفع المجتمع والنخب الدينية في البداية لتوجسها كأدوات اختراق ناعم وجاسوسية حدودية غير أن الحاجة الملحة لحفظ النفس، وظهور فتاوى دينية مرنة، مهد الطريق لقبول الطب الحديث والمستشفيات التبشيرية والوطنية، وصولاً لتأسيس معهد باستور عام 1920كخطوة أخيرة رسخت الانتقال إلى عصر المناعة والمختبرات في إيران الحديثة.

List of sources

First: List of Arabic sources

1. Browne, E. (1965). Arabian Medicine. Translated by Ahmad Zaki & Bahram Alawi. Dar Al-Ma'arif, Cairo.

2. Amin, A. A. (1977). Iran Between Two Eras: From the Qajars to the Pahlavis (A Political and Civilizational Study). Al-Irshad Press, Baghdad.

3. Khayyat, J. (1960). English Physicians in the East. Baghdad.

4. Bakri, J. (2012). Education and Politics in Iran (1851–1906). Dar Al-Thaqafa, Cairo.

5. Al-Khalidi, H. (2011). History of Scientific and Medical Institutions in the Modern Middle East. Al-Maktaba Al-Asriya, Beirut.

6. Hatami, H. (2005). History of Public Health in the Islamic World. University Publication Foundation.

7. Al-Tamimi, J. K. (2011). Health Conditions in Ottoman Iraq 1869–1914. Dar Al-Farahidi for Publishing, Baghdad.
8. Ali, J. D. (1989). Health and Social Conditions in the Middle East During the Nineteenth Century. Baghdad University Press, Baghdad.
9. Gharib, S. A. (1998). History of Epidemics in the Islamic East. Dar Al-Kitab Al-Arabi, Beirut.
10. Al-Ashtiyani, A. I. (2010). History of Iran After Islam. Translated by Muhammad Ala al-Din Mansour. Dar Al-Manahil, Beirut.
11. Al-Hasani, A. R. (1948). History of the Holy Shrines. Sidon, Lebanon.
12. Al-Wardi, A. (2005). Social Glimpses of the Modern History of Iraq (Vol. 2). Al-Sharif Al-Radi Publications, Qom.
13. Kahhala, O. R. (1964). Geography of the Arabian Peninsula and its Health Status Throughout History. Dar Al-Ilm Lil-Malayin, Beirut.
14. Al-Rawandi, M. (2014). The Social History of Iran. (Translated). Dar Al-Rafidain, Beirut.
15. Jamalzadeh, M. A. (1990). Iran and its Health Problems in the Nineteenth Century. Translated and introduced by Mahmoud Kamal. Cairo.
16. Falsafi, N. (2003). Cultural Relations Between Iran and Europe. Translated by Ahmad Lari. Damascus.

secondly: List of Persian sources

1. Ra'yin, I. (1970). Anjoman-ha-ye Senfi va Kar-shekani-ye Pezeshkan-e Hey'at-ha-ye Tabshiri dar Iran (Guild Associations and the Obstruction of Medical Missionaries in Iran). Tehran.
2. E'temad al-Saltaneh (Muhammad Hasan Khan). (1989). Mer'at al-Boldan (The Mirror of the Countries). Lithograph edition 1877, Reprinted by University of Tehran Press, Tehran.
3. Adamiyat, F. (1975). Amir Kabir va Iran (Amir Kabir and Iran). Kharazmi Publications, Tehran.
4. Azizi, F. (Ed.). (2016). Tarikh-e Moaser-e Pezeshki-ye Iran (Contemporary History of Iranian Medicine). Translated and Published by Dar and Al-Balagh Foundation.
5. Tajbakhsh, H. (2000). Tarikh-e Bimarestan-ha-ye Iran az Aghaz ta Konoun (History of Iranian Hospitals from the Beginning to the Present). University of Tehran Press, Tehran.
6. Mahboubi Ardakani, H. (1991). Tarikh-e Mo'assasat-e Tamaddoni-ye Jadid dar Iran (History of Modern Civilizational Institutions in Iran) (3rd ed.). University of Tehran Press, Tehran.
7. Majd, M. G. (2007). Ghahti-ye Bozorg va Nasl-koshi dar Iran (The Great Famine and Genocide in Iran: The Great Famine and its Damages). Tehran.
8. Taghaiy, M. A. (2011). Ghahti-ye Bozorg va Influenza-ye Spanayi dar Iran (The Great Famine and Spanish Flu in Iran: Based on Documents from the National Archives of Iran - Ministry of Foreign Affairs). Tehran.

9. Najmabadi, M. (1974). Tarikh-e Pezeshki-ye Iran pas az Islam (History of Iranian Medicine After Islam). University of Tehran Press, Tehran.

10. Mohebbi, M. H. (2023). Shast Sal Khedmat-e Pasture Institute-e Iran: 1299–1359 (Sixty Years of Service of the Pasteur Institute of Iran: 1920–1980). Translated by Kamal Abdul-Redha. Al-Mizan Press.

11. Hosseini Fasa'i, M. H. (2002). Farsnameh-ye Naseri: Health Conditions and Epidemics in Shiraz and Southern Iran. Translated by Ahmad Muhammad Hassanein. Supreme Council of Culture.

12. Mostofi, A. (2005). Sharh-e Zendegani-ye Man: Tarikh-e Edari va Ejtemai-ye Dowreh-ye Qajar (The Story of My Life: Administrative and Social History of the Qajar Period) (Vol. 2). Translated by Tariq Al-Uqaili. Dar Al-Thaqafa Al-Bayda.

13. Nayyer-Nouri, N. (1992). Sahm-e Iran dar Tamaddon-e Jahan (Iran's Contribution to World Civilization). Tehran.

14. Nategh, H. (1979). Mosibat-e Vaba va Balay-e Hokumat dar Iran-e Asr-e Qajar (The Calamity of Cholera and the Disaster of Government in Qajar Iran: Confronting Epidemics in Qajar Iran). Agah Publications, Tehran.

15. Nategh, H. (1988). Iran dar Rahyabi-ye Farhangi va Eghtesadi (Iran on the Path of Cultural and Economic Breakthroughs). Khavaran Publications, Paris.

16. Rezaei, A. A. (2005). Tarikh-e Deh Hezar Saleh-ye Pezeshki dar Iran (The Ten-Thousand-Year History of Medicine in Iran) (Vol. 4). Elmi Publications, Tehran.

Third, a list of English sources

1. Afkhami, A. A. (2003). Disease and water supply: The case of cholera in 19th-century Iran. In J. Albert, M. Bernhard, & K. Kenan (Eds.), Transformations of Middle Eastern Natural Environments: Legacies and Lessons. Yale University.

2. Afkhami, A. A. (2019). A Modernizing Contagion: Cholera and Nation-Building in Iran. Johns Hopkins University Press.

3. Browne, E. G. (1910). The Persian Revolution of 1905–1909. Cambridge University Press.

4. Cochran, J. P. (1907). Medical Mission Work in Persia. New York: American Presbyterian Mission.

5. Curzon, G. (1892). Persia and the Persian Question. London.

6.Dols , M. W. (1977). The Black Death in the Middle East (2nd ed.). New Jersey: Princeton University Press.

7. Ebrahimnejad, H. (2004). Medicine, Public Health and the Qajar State. Brill.

8. Floor, W. (2004). Public Health in Qajar Iran. Mage Publishers.

9. Elgood, C. (1951). A Medical History of Persia and the Eastern Caliphate. Cambridge University Press.

10. Gurney, J. (1999). The Dar al-Funun: The First Modern University in Iran. Oxford.

11. Menard, J. (1926). Rapport sur le fonctionnement de l'Institut Pasteur de Téhéran (1921–1925) [Report on the Operation of the Pasteur Institute of Tehran (1921–1925)]. Téhéran: Imprimerie de la Cour.
12. Panzac, D. (1993). Quarantines and Epidemics in the Ottoman Empire, 1700–1850 (1st ed.). Istanbul: Isis Press.
13. Perkins, J. (1843). A Residence of Eight Years in Persia. Andover.
14. Ringer, M. (2001). Education, Religion, and the Discourse of Modernity in Qajar Iran. Mazda Publishers.
15. Schlimmer, J. L. (1874). Terminologie Médico-Pharmaceutique et Anthropologique Française-Persane [French-Persian Medico-Pharmaceutical and Anthropological Terminology]. Téhéran.
16. Sheil, Lady Mary (1856). Glimpses of Life and Manners in Persia. London.

List of encyclopedias

1. Afkhami, A. A. (2009). Health in Persia iii. Qajar Period. In E. Yarshater (Ed.), Encyclopædia Iranica (Vol. XII, Fasc. 1). Encyclopædia Iranica Foundation.
2. De Planhol, X., & Balland, D. (1991). Cholera i. In Persia. In Encyclopædia Iranica (Vol. V, Fasc. 5). Mazda Publishers.

List of research in magazines and periodicals

1. Azizi, M. H. (2020). Fatal infectious epidemics in Iran in the last two centuries. Archives of Iranian Medicine, 23(8).
2. Azizi, M. H., & Azizi, F. (2010). History of cholera outbreaks in Iran during the 19th and 20th centuries. Middle East Journal of Digestive Diseases, 2(1).
3. Baltazard, M. (1950). L'Institut Pasteur de l'Iran [The Pasteur Institute of Iran]. Annales de l'Institut Pasteur, 78(1), 12–15.
4. Eskandari, S. (2024). Tohfey-e Ziyarat: Religious mobility and public health in late Qajar Iran, c.1890–1904. Iranian Studies, 57(1).
5. Golshani, S. A., Azizi, M. H., & Nayernouri, T. (2022). Typhus disease in Iran during the Qajar period. Archives of Iranian Medicine, 25(11).
6. Saunders, N. M. (2002). Vaccination and the Qajar State. Journal of Middle East Studies.
7. Shirbache, K., Liaghat, A., & Namazi, H. (2024). A bridge between East and West: Dr. Johan Louis Schlimmer's medical contributions in Qajar Iran. Cureus, 16(9).
8. Shohani, S., et al. (2023). Infectious diseases and their consequences on the social and economic conditions of Hamedan during the Qajar period. Journal of Research on History of Medicine, 12(4).
9. Tajik, N., & Ayati, M. H. (2025). Health diplomacy in the late Ottoman era: The 1892 medical mission… Journal of Research on History of Medicine, 14(Suppl. 1).
10. Wright, R. D. (1970). The English Physicians at the Persian Court. Medical History Journal.

Journal of Historical and Cultural Studies, Vol.17, No. (70), (2026): 160 – 185
DOI: https://doi.org/10.25130/jhcs.17.70.8.2026

الملاحق

جدول :(1) خريطة الأوبئة والأمراض الكبرى في إيران القاجارية

المرض/الوباء	النطاق الزمني الأبرز	مداخل الانتشار	المناطق/المدن الأشد حضوراً	الأثر التاريخي العام
الكوليرا	منذ وصولها الواضح إلى إيران سنة 1821، مع موجات متكررة في القرن التاسع عشر وبداية القرن العشرين، وأشدها موجات 1846، 1851 ، 1869، 1892 ، 1904.	الهند والخليج العربي ، أفغانستان، العراق/العثمانيون، القوقاز وبحر قزوين؛ ثم تنتقل عبر طرق التجارة والحج والزيارة.	طهران، تبريز، همدان، كرمانشاه، مشهد، بوشهر، أقاليم الحدود الشرقية والغربية.	وفيات واسعة، اضطراب الأسواق والقوافل، تشديد الحجر الصحي، ازدياد تدخل القناصل والأطباء الأجانب في إدارة الوباء.
الطاعون	موجات متفرقة؛ يبرز في المصادر الطبية عن كردستان وإيران الغربية سنة 1871.	حركة السكان، القوافل، الماشية، ضعف النظافة الحضرية والريفية.	كردستان الإيرانية ومناطق غربية، مع إشارات متفرقة في المدن الكبرى.	دفع الأطباء المدرسين في دار الفنون إلى وصفه وتحليله، وأسهم في ترسيخ خطاب الوقاية الحديثة.
الجدري	مستمر ومتكرر، خصوصاً قبل ترسيخ التلقيح؛ وردت محاولة التلقيح سنة 1813ثم اتساع القبول لاحقاً.	العدوى المباشرة وضعف المناعة وسوء العناية بالأطفال.	طهران وتبريز ومدن البلاط وأسر النخبة والجيش الجديد.	ارتفاع وفيات الأطفال؛ فتح الباب أمام التلقيح الجينري وترجمة رسائل طبية فارسية عن التطعيم.
التيفوس	موسمي سابقاً، ثم اتخذ طابعاً وبائياً حاداً في سنوات الحرب العالمية الأولى، خاصة-1917 1918.	القمل والملابس والأفرشة الملوثة؛ تضاعف بفعل الحرب والمجاعة وسوء التغذية.	طهران وأقاليم متعددة، ومناطق تماس مع روسيا والعثمانيين.	اقترن بالمجاعة والإنفلونزا، وسبب وفيات كبيرة، وكشف هشاشة البنية الصحية في أواخر العهد القاجاري.
الإنفلونزا الإسبانية	1918-1919، متزامنة مع الحرب والمجاعة.	حركة الجيوش، طرق التجارة، عودة المسافرين، ضعف التغذية.	انتشار واسع في المدن والقرى.	ضاعفت أزمة الوفيات مع التيفوس والجوع، وبيّنت قصور الدولة في الرصد والإسعاف.

Journal of Historical and Cultural Studies, Vol.17, No. (70), (2026): 160 – 185
DOI: https://doi.org/10.25130/jhcs.17.70.8.2026

الملاريا وأمراض الحميات	متوطنة في أقاليم رطبة أو حارة، لا سيما الشمال والجنوب وبعض الواحات.	المستنقعات، المياه الراكدة، بيئات الزراعة والري.	جيلان، مازندران، خوزستان، السواحل الجنوبية.	أثرت في القوة العاملة والزراعة، وارتبط علاجها باستعمال الكينين في الطب الحديث.

(Afkhami, 2009, pp. 104-111)
(De Planhol & Balland, 1991, pp. 504-511)
(Azizi & Azizi, 2010, pp. 51-55)
(Golshani et al., 2022, pp. 758-764)

جدول :(2) موجات الكوليرا الكبرى ودلالاتها السياسية والاجتماعية

السنة/الفترة	مسار الوباء أو مصدره	ملامح الانتشار داخل إيران	الإجراءات/ردود الفعل	الدلالة البحثية
1821تقريباً	امتداد الموجة العالمية الأولى من الهند إلى إيران.	ظهور واضح للكوليرا في المجال الإيراني بعد انتشارها في آسيا.	معرفة طبية محدودة؛ تعامل تقليدي وممارسات محلية.	بداية دخول إيران ضمن جغرافية الأوبئة العابرة للحدود.
1846	انتقال عبر الطرق التجارية والحضرية.	إصابة تبريز، وظهور خوف من نقل الجثث المؤقت إلى العتبات.	أمر حاكم تبريز بوقف الدفن المؤقت ثم النقل اللاحق بسبب خطر تجدد العدوى.	تحول العادات الدينية/الجنائزية إلى مسألة صحية وسياسية.
1851	انتشار من كرمانشاه إلى همدان ومدن أخرى.	وفيات واضطراب محلي، مع ضعف الإمكانات الطبية البلدية.	إجراءات محدودة وغير مركزية.	تكشف الموجة علاقة الجغرافيا التجارية الغربية بانتشار الوباء.
1869وما بعدها	تصاعد الوعي بخطر الوباء في عهد ناصر الدين شاه.	خوف من دخول المرض عبر الحدود والمرافئ.	تقرير طبيب الشاه تولوزان عن الصحة العامة، والدعوة إلى مجلس صحي وميزانية سنوية.	بداية ربط الوقاية بإدارة الدولة لا بجهد الأطباء وحدهم.
1892	موجة شديدة ارتبطت بحركة الحج والطرق الإقليمية.	أثر واسع في السكان والتجارة، واهتمام عثماني ودولي.	مهمة طبية عثمانية، وتنشيط فكرة الحجر والتنظيم الصحي.	الوباء صار قضية دبلوماسية وصحية عابرة للحدود.
1904	موجة متأخرة في أواخر العهد القاجاري.	تأثر التجارة ومخاوف روسية/بريطانية من انتقال العدوى.	غلق حدود، محاجر، أطباء أجانب في نقاط عبور.	الصحة العامة أصبحت جزءاً من التنافس الإمبراطوري ومن سيادة الدولة.

(De Planhol & Balland, 1991, pp. 504–511); (Azizi & Azizi, 2010, pp. 51–55); (Afkhami, 2003, pp. 205–220); (Tajik & Ayati, 2025, pp. 85–90).

Journal of Historical and Cultural Studies, Vol.17, No. (70), (2026): 160 – 185
DOI: https://doi.org/10.25130/jhcs.17.70.8.2026

جدول :(3) العوامل البيئية والحضرية المساعدة على انتشار الأمراض

العامل	وصفه في السياق القاجاري	الأمراض المرتبطة	الأثر على الصحة العامة	أهمية العامل في التحليل التاريخي
شبكات القنوات والمياه	اعتماد المدن على القنوات والآبار وسهولة تلوثها بمخلفات بشرية أو جنائزية.	الكوليرا، الإسهالات الوبائية.	تسريع العدوى المائية ورفع الوفيات.	يوضح أن الوباء لم يكن طبياً فقط بل بنيوياً مرتبطاً بالمدينة.
سوء الصرف والنظافة الحضرية	أزقة ضيقة، تراكم فضلات، حمامات وأسواق مزدحمة.	الكوليرا، التيفوس، الأمراض الجلدية والتنفسية.	بيئة ملائمة للعدوى والهوام.	يكشف ضعف البلديات وغياب شرطة صحية منظمة.
حركة الحج والزيارة ونقل الجثامين	تنقل كثيف بين إيران والعراق والحجاز والعتبات؛ نقل الجثامين للدفن في الأماكن المقدسة.	الكوليرا والطاعون وبعض الحميات.	ربط الدين والتنقل بالسياسة الصحية.	يفسر حساسية إجراءات الحجر أمام المجتمع ورجال الدين.
طرق التجارة والقوافل	ممرات بين الهند والخليج العربي والعثمانيين وروسيا وآسيا الوسطى.	الكوليرا والطاعون والإنفلونزا.	انتشار سريع بين المدن والأسواق.	يربط الوباء بالاقتصاد وبالتدخل الأجنبي.
الحرب والمجاعة 1914-1918	نقص غذاء، تنقل عسكري، فقر، ازدحام، غلاء.	التيفوس، الإنفلونزا، الكوليرا، سوء التغذية.	ارتفاع وفيات ومضاعفات اجتماعية.	يظهر تداخل المرض مع الأزمة السياسية والعسكرية.

(Afkhami, 2003, pp. 205–220)
(Afkhami, 2009, pp. 104–111)
(Golshani et al., 2021, pp. 758–764)
(Eskandari, 2024, pp. 1–24)

جدول :(4) تطور السياسات الصحية والمؤسسات الوقائية في العهد القاجاري

المرحلة	الإجراء/المؤسسة	الفاعل الرئيس	الهدف	حدود الفاعلية
1813-1829	محاولات التلقيح ضد الجدري وترجمة رسالة في التطعيم.	أطباء بريطانيون في البلاط، عباس ميرزا، مطبعة تبريز.	تخفيف وفيات الجدري وإدخال التطعيم الحديث.	مقاومة أولية ثم قبول تدريجي؛ محدودية الانتشار خارج النخبة.
1846	أوامر محلية لمنع بعض الممارسات الجنائزية الخطرة في تبريز.	بهمن ميرزا حاكم تبريز.	منع تجدد الكوليرا بسبب نقل الجثامين.	إجراء محلي غير شامل، قائم على سلطة حاكم إقليمي.
1851وما بعده	تأسيس دار الفنون وتدريس الطب الحديث.	أمير كبير، أطباء أوروبيون مثل بولاك وشليمر.	تكوين أطباء محليين ونشر مصطلحات الطب	بقي التأثير بطيئاً ومحدوداً بسبب ضعف شبكة

Journal of Historical and Cultural Studies, Vol.17, No. (70), (2026): 160 – 185
DOI: https://doi.org/10.25130/jhcs.17.70.8.2026

			الحديث.	المستشفيات.
1867-1869	تشكيل مجلس حفظ الصحة وتقرير تولوزان.	جوزيف ديزيريه تولوزان وطبيب الشاه.	وضع سياسة صحية مركزية، ميزانية، مجالس بلدية صحية.	تعثر التنفيذ بسبب ضعف المال والإدارة والتنافس الدولي.
1874	اجتماع تاريخي لمجلس حفظ الصحة وإقرار إجراءات ملموسة لمنع دخول الوباء.	الدولة القاجارية وأطباء أجانب وإيرانيون.	إدارة الوباء تحت إشراف إيراني.	تدخل القناصل والأطباء الأجانب ظل مؤثراً.
1890-1904	توسع الحجر الصحي والمحاجر الحدودية.	الدولة، روسيا، بريطانيا، أطباء أجانب ومحليون.	منع انتقال الكوليرا وحماية التجارة والحدود.	تداخل صحي/سياسي؛ عُدّ أحياناً مساساً بالسيادة.
1914-1921	محاولات مجلس الصحة ومؤسسات حديثة لاحقة بعد الحرب.	أطباء إيرانيون، مجلس الصحة، بعثات إلى باريس.	إعادة بناء الصحة العامة وتأسيس صلات مع معهد باستور.	البنية الصحية تضررت بفعل الحرب والمجاعة ونقص الكوادر.

(Afkhami, 2009, pp. 104–111)
(Shirbache et al., 2024, pp. 1–7)
(Azizi & Azizi, 2010, pp. 51–55)
(Afkhami, 2003, pp. 205–220)

جدول :(5) الطب التقليدي والطب الحديث في إيران القاجارية

وجه المقارنة	الطب التقليدي/الأخلاط	الطب الحديث الوافد	نقاط التداخل	الأثر على المجتمع
تصور المرض	اختلال الأخلاط، الهواء الفاسد، المزاج، الحميات.	عدوى، وبائيات، تلقيح، حجر، ملاحظة سريرية.	نظرية الميازما بقيت مشتركة جزئياً قبل ترسخ الجراثيم.	استمرار الثقة بالحكيم مع ظهور الطبيب المتعلم.
المعالجة	فصد، حجامة، أعشاب، حمية، عزل عرفي.	تطعيم، كينين، مستشفيات، تقارير صحية.	استعمل بعض الأطباء لغة فارسية تقليدية لشرح مفاهيم جديدة.	قبول تدريجي للطب الحديث دون زوال الممارسات القديمة.
التعليم	التلمذة والكتب الطبية الفارسية والعربية.	دار الفنون، بعثات طلابية، مدرسون أوروبيون.	ترجمة المصطلحات الطبية إلى الفارسية.	تشكل طبقة أطباء حديثين تخدم الدولة والجيش.
المؤسسة	الحكيم، العطار، الأسرة، الوقف، الحمام.	مجلس صحة، مستشفى، محجر صحي، طبيب بلدية.	تعاون وتنافس بحسب المدينة والمرض.	تحول الصحة من شأن فردي إلى شأن إداري عام.
الموقف الاجتماعي	حذر من تدخل الأجانب ومن تشريح أو تلقيح غير مألوف.	ارتبط بالنخبة والبلاط أولاً ثم بالمدن.	المترجمون والأطباء الإيرانيون خففوا الفجوة.	الصراع لم يكن رفضاً مطلقاً بل تفاوضاً ثقافياً.

(Ebrahimnejad, 2004, pp. 1–263)
(Afkhami, 2009., pp. 104–111).

Journal of Historical and Cultural Studies, Vol.17, No. (70), (2026): 160 – 185
DOI: https://doi.org/10.25130/jhcs.17.70.8.2026

(Shirbache et al., 2024., p. 1)

جدول :(6) أثر الأوبئة في المجتمع والاقتصاد والسياسة

المجال	صورة التأثير	أمثلة تاريخية	النتيجة البحثية
الديموغرافيا	وفيات عالية ونقص في السكان المحليين أحياناً.	الكوليرا والتيفوس والإنفلونزا خلال القرن التاسع عشر والحرب العالمية الأولى.	الأوبئة عنصر مفسر للتحولات الاجتماعية لا حدث طبي عابر.
الاقتصاد والتجارة	تعطل الأسواق والقوافل وإغلاق حدود وخسائر في التجارة.	كوليرا1904 م في خراسان ومشهد؛ غلق حدود روسية وخسائر تجارية.	الصحة العامة أثرت مباشرة في التجارة الداخلية والخارجية.
السياسة والسيادة	تدخل قنصلي وأجنبي بحجة الوقاية والحجر.	تنافس روسي/بريطاني وعثماني حول المحاجر والحدود.	السياسة الصحية كانت جزءاً من مسألة السيادة القاجارية.
الدين والمجتمع	توتر حول الحج والزيارة ونقل الجثامين والتلقيح.	حالات تبريز1846 م والطرق إلى العراق والحجاز.	الإصلاح الصحي احتاج مراعاة العادات الدينية.
الإدارة الحديثة	نشوء مجالس وتقارير وميزانيات صحية.	تقرير تولوزان، مجلس حفظ الصحة، محاضر المجلس.	الأوبئة دفعت الدولة نحو الإدارة المركزية للصحة.
العلاقات الدولية	تبادل بعثات ومهمات صحية.	المهمة الطبية العثمانية لإيران خلال كوليرا 1892م.	المرض صار أداة دبلوماسية وإنسانية وسياسية.

(Shohani et al., 2023, pp. 205-220)
(Afkhami, 2009., pp. 104-111).
(Tajik & Ayati, 2025., pp. 85-90)
(Azizi & Azizi, 2010., pp. 51-55)

جدول :(7) مقارنة مركزة بين كوليرا 1892 والإنفلونزا الإسبانية /التيفوس1918

وجه المقارنة	كوليرا1892 م	الإنفلونزا الإسبانية والتيفوس1918	الدلالة
الطبيعة الوبائية	مرض معوي مائي سريع وقاتل.	أمراض تنفسية/حمّوية مرتبطة بالحرب والقمل وسوء التغذية.	اختلاف آليات العدوى يفسر اختلاف أدوات المكافحة.
السياق السياسي	إيران تحت ضغط التنافس الدولي والحجر الصحي.	أواخر العهد القاجاري، حرب عالمية، مجاعة وتفكك إداري.	كل وباء كشف نوعاً مختلفاً من ضعف الدولة.
طرق الانتشار	حج، تجارة، موانئ، حدود، مياه ملوثة.	جيوش، لاجئون، فقر، ازدحام، ملابس وأفرشة	تحول الوباء من أزمة طرق ومياه إلى أزمة

Journal of Historical and Cultural Studies, Vol.17, No. (70), (2026): 160 – 185
DOI: https://doi.org/10.25130/jhcs.17.70.8.2026

		ملوثة.	حرب ومجتمع.
الاستجابة	محاجر، مهمات طبية، تنسيق دولي محدود.	إسعاف ضعيف، أطباء محدودون، انهيار غذائي وصحي.	فاعلية المؤسسات الصحية ظلت محدودة رغم نشوئها.
الأثر الاجتماعي	خوف جماعي وتعطل التجارة وطقوس الموت.	وفيات ومجاعة وتراجع قدرة المجتمع على المقاومة.	الأوبئة ترتبط بالبنية الاقتصادية لا بالجرثومة فقط.

(Azizi & Azizi, 2010, pp. 51-55)
(Tajik & Ayati, 2020, pp. 85-90)
(Golshani et al., 2020, pp. 758-764)
(Azizi, 2020, pp. 578-581)