

Articoli/Articles

LES ÉPIDÉMIES ET L'ÉVOLUTION DE LA MÉDECINE DANS L'IRAN DU XIX^e SIÈCLE

HORMOZ EBRAHIMNEJAD

The Wellcome Institute for the History of Medicine
London, UK

SUMMARY

EPIDEMICS AND THE EVOLUTION OF MEDICINE IN IRAN DURING THE XIX CENTURY

In a description of a historical case in 19th Century Persia, this article endeavours to show how changes in medical thought occurred. It argues that Medical Modernisation was apparent in the internal changes in traditional medicine. While cholera was frequently recorded, as an epidemic disease, over several centuries in the Persian Medical literature, why and how it became at this period, before contact with Western medicine, under close scrutiny by the traditional medicine. This new scrutiny is illustrated in the writings of Shirâzi, a traditional court doctor, who endeavoured to describe cholera, diarrhoea and plague. In doing this, he introduced a significant change in the meanings of vabâ and tâ'un (generic terms attributed to any epidemic disease). Shirâzi used them specifically to mean what we understand as cholera, for the former, and plague for the latter. The internal change in traditional medical thought, together with the awakening of socio-political consciousness regarding the spread of epidemics, were the main factors clearing the path to a natural integration of Western medicine in 19th century Iran.

Introduction

L'histoire des épidémies dans l'Iran du XIX^e siècle offre un champ fertile à l'étude de l'histoire sociale de la médecine et de son évolution. L'étude historiographique sur les épidémies reste jusqu'à présent assez limitée¹. Nous possédons trois catégories

Key words: History of medicine - High education - Spain

différentes de sources qui peuvent nous informer sur les épidémies mais de façon fort disproportionnée. Tout d'abord, les ouvrages historiques en langue persane, font le cas échéant des allusions très brèves aux épidémies, ne donnent pas de statistiques et ne s'avancent même pas à proposer des chiffres. Une source de données accessibles est représentée par les ouvrages occidentaux², ainsi que les archives diplomatiques françaises et britanniques. Enfin, la troisième catégorie de sources, les textes médicaux proprement dits en langue persane, traitent des épidémies du point de vue pathologique et non pas historique et statistique.

Cette dernière littérature qu'on peut appeler épidémiologique prit corps au XIX^e siècle, à la suite des invasions du choléra et de la peste en Iran après 1821. Les médecins persans dans leurs études, se fondaient entièrement sur les théories humorales du Moyen âge et l'analyse du contenu de leurs ouvrages permet d'estimer qu'à l'exception de quelques rares traductions, d'ailleurs incomplètes, par les médecins anglais en Inde ou en Perse, ils n'avaient pas connaissance de l'évolution de la médecine européenne au cours des siècles précédents.

Fondée essentiellement sur les traités médicaux persans écrits entre 1820 et 1862, cette étude se propose d'analyser l'évolution de la médecine locale, en tenant compte du contexte épidémique de l'époque. Cette évolution est marquée en particulier par le développement discursif de la médecine humorale sur les épidémies. Nous verrons ensuite quels sont les changements survenus dans la perception de la médecine, dans la position sociale du médecin, et enfin comment le contexte social et scientifique est devenu favorable à l'instauration de la santé publique en Iran par le concours des pays européens.

Les épidémies en Iran

L'Iran, au témoignage de plusieurs observateurs, bénéficie dans l'ensemble de climats sains et peu exposés au développement des épidémies de peste et de choléra, notamment dans sa partie centrale. Le médecin britannique John Freyer, estime, vers 1680, qu'il n'y a pas dans toute l'Asie une région plus tempérée que la Perse (Freyer, 1698: 328). Rousseau, consul français à Bagdad, affirme encore en 1807

que le climat de la Perse est salubre. On n'y voit point régner toutes ces maladies mortelles qui affligent ailleurs si souvent l'humanité...³

Il est probable que les grandes solitudes désertiques, dans le Beluchestan et dans le Khorâssân, préservèrent une grande partie du pays de la propagation des épidémies. Mais les bords de la mer Caspienne et du golfe Persique ainsi que les parties limitrophes de la Mésopotamie faisaient exception. Les deux premières régions connaissaient des épidémies de choléra et de peste, de typhoïde, paludisme, jaunisse et diverses fièvres. En 1665, par exemple, *la fièvre intermittente* tue Claude de Lalain, négociant français sous Shah Abbas II qui lui avait concédé la libre circulation et une franchise de douane dans le pays. En 1773, Gaston, un commerçant français qui se rendait de Surat à Ispahan, périt avec son fils de la fièvre typhoïde entre Bushir et Shirâz, alors que sa suite était décimée par la même maladie⁴. Les fièvres paludéennes et intermittentes prenaient parfois dans ces régions des proportions endémiques.

En ce qui concerne le choléra en Iran avant la première pandémie, les ouvrages historiques, il est vrai, restent muets. Mais ce serait probablement une erreur de dater, comme on le fait bien souvent, la première irruption du choléra en Iran de 1821, c'est-à-dire de la première pandémie de 1817-1823. Nos sources, notamment les chroniques, donnent parfois des renseignements ponctuels, mentionnant, par exemple, qu'un tel est mort de *tâ'un*, la *peste*, telle année, sans préciser ce qu'était ce *tâ'un*, le terme désignant généralement toutes sortes d'épidémies. Comment dès lors être certain que l'auteur n'ait pas diagnostiqué la peste chez une victime touchée en fait par le choléra, la typhoïde ou le paludisme... ? Des recherches historiques menées par des médecins qui, au XIX^e siècle, s'interrogeaient sur l'ancienneté ou la nouveauté du choléra, indiquent que cette épidémie existait et était connue de toute antiquité en Grèce, en Inde, en Chine, en Europe et au Moyen Orient⁵. Le caractère pandémique du choléra a, de prime abord, fait croire aux médecins qu'ils se trouvaient face à une maladie nouvelle. Mais ils ne mirent pas longtemps pour noter l'ancienneté de son origine, comme l'illustrent bien ces propos tenus pendant la Conférence sanitaire internationale de Constantinople en septembre 1866:

Il est hors de doute que bien avant 1817, et même à une époque qui remonte aux premiers établissements des Européens dans l'Inde, on avait observé, dans cette contrée et dans quelques-uns des pays voisins, une maladie ayant la plus grande analogie avec le choléra de notre époque et sévissant parfois sous forme d'épidémies violentes. Ainsi, dès le 16^e siècle, un médecin portugais très connu, Garcia da Horta, signala dans l'Inde l'existence d'une maladie, appelée Merdechin ou Mordexin qui, d'après la description qu'il en donne, n'était autre que le choléra⁶.

Tholozan aussi, d'habitude généralement en désaccord avec les thèses de la Conférence sanitaire internationale de Constantinople, s'appuie sur de nombreux témoignages pour démontrer

que le choléra s'observait de toute antiquité dans l'Inde avec les mêmes caractères et avec les mêmes modes de développement qu'aujourd'hui⁷.

Vu le voisinage avec l'Inde, il n'est pas impossible que certaines contrées de la Perse aient donc été infectées par le *choléra indien* avant 1821.

Les textes littéraires, historiques ou médicaux, parlent de *vabâ* pour désigner ce qui est probablement le choléra, sans préjuger de la nature pathologique de cette maladie. Il en est question, par exemple, dans les traités médicaux attribués aux Imams Sâdeq et Musâ-kâzem, respectivement sixième et septième Imams des shiites (VIII^e siècle)⁸. Avicenne (980-1037), Jorjâni (XII^e siècle), Khâqâni, poète et médecin, (1126-1199) et les poètes comme Nezâmi (1136-1217), Nâser-Khosrow (1004-1088) et Hâfez (1320-1389), etc. en font mention⁹. Néanmoins, les textes médicaux classent toutes sortes de maladies épidémiques sous la rubrique de *hommâ-ye vabâi* (les fièvres cholériques), elles-mêmes faisant partie du vaste chapitre des fièvres. Seyyed M. Hoseynée Aghili, médecin persan vivant en Inde, dans la seconde partie du XVIII^e siècle, souligne à plusieurs reprises que le *vabâ* est causé par des facteurs célestes (la mauvaise position des astres et leurs effets sur l'air et sur la terre) et des facteurs terrestres. L'élément terrestre qui cause le *vabâ* est l'existence de nombreux cadavres demeurés noëensevelis suite à une grande guerre. Leur décomposition entraîne alors le pourrissement de l'air et de l'eau environnants qui causent, à leur tour, la trans-

mission (*serâyat*) de l'infection aux habitants de la région. Visiblement pour Aghili *vabâ* désigne toute maladie contagieuse ou transmissible, il est difficile de juger s'il pensait à la transmission, à la contagion ou à deux à la fois. Il soutient, par exemple, que le *tâ'un*, la peste, la *jodari* (ou *âbeleh*), la variole, et la *hasbeh* (ou *sorkhak*), la rougeole, font partie du *vabâ* (*az amrâzée vabâ'i*), autrement dit des maladies épidémiques¹⁰. Cette description médico-sanitaire du *vabâ* dans la deuxième moitié du XVIII^e siècle indique clairement que ce médecin lui-même était témoin de la mortalité causée par une épidémie très probablement du choléra du moins en Inde.

Il paraît donc probable que le choléra avait fait des apparitions en Iran bien avant l'épidémie de 1821. S'agissait-il de infections gastro-intestinales similaires à ce que l'on dénommait en Europe par le terme *choléra nostras* ou le *vabâ* en question était-il la maladie mortelle et épidémique attribué plus tard au vibrion spécifique? Le fait que le terme *vabâ* dans les textes était synonyme de grande mortalité collective, alors que le *choléra nostras* correspondait plutôt à une maladie bénigne, suggère l'ancienneté du choléra épidémique en Iran, identique ou non au *choléra morbus* indien¹¹.

En revanche, ce qui est nouveau c'est la transition épidémiologique au cours des premières décennies du XIX^e siècle en Iran. Elle est causée en particulier par la croissance démographique, le changement de la structure de la mortalité, la multiplication des voies de communication favorisant l'expansion du choléra, de la peste et d'autres épidémies¹² et finalement par la prise de conscience sociale et politique du péril épidémique. Au cours de la période précédente, sous les Safavides, la stabilité relative du pouvoir, la reconstruction des caravansérails, des canaux d'irrigation et des égoûts ainsi que la faiblesse des communications maritimes avec l'Inde, auraient diminué les risques de propagation des épidémies. A la chute de l'empire safavide, au XVIII^e siècle, les guerres intestines avaient laissé le pays à la destruction et à l'incurie des chefs locaux. On note à cette époque une extension des terres non-cultivées. Le peuple était plus fragile car sous-alimenté. La malnutrition s'aggrave encore au cours du XIX^e siècle, tant en raison de l'imposition excessive des princes

Qâjâr qu'en conséquence de la crise économique due à l'ouverture du marché persan au commerce international.

Le XIX^e siècle fut, semble-t-il, le plus catastrophique en Iran frappé à la fois par la peste et par le choléra. D'après les chiffres donnés par un médecin persan, Mirzâ Abbas-Khan, dans sa thèse soutenue à Paris en 1908, le nombre des épidémies de peste n'a cessé d'augmenter en Iran à partir du milieu du VI^e siècle. Si on connaît une épidémie au VI^e siècle, une autre au X^e, puis au XI^e, on en recense trois au XVI^e siècle, trois pendant le XVII^e, cinq au XVIII^e, et 16 épidémies de peste, en différentes régions, pendant le XIX^e siècle¹³. Un processus similaire avait eu lieu en d'autres temps en Occident où on avait vu la peste 15 fois dans le XIV^e siècle, 17 dans le XV^e et 24 dans le XVI^e siècle¹⁴. Cette comparaison indique à quel point la densité démographique peut favoriser la contagion. Au XVII^e siècle, la France de Louis XIV comptait 20 millions d'habitants alors que la population de l'empire safavide était nettement inférieure à 10 millions sur un territoire plus vast que la France de cette époque.

La carte des épidémies et leur espace de diffusion

Si l'on observe la distribution des épidémies dans l'espace, on note que le centre du pays et les étendues désertiques de l'est où le climat est sec et la densité de population très faible, sont moins exposés que les bords de la mer Caspienne, du golfe Persique et les régions adjacentes à la Mésopotamie aux risques de contagion. La peste se propage difficilement par voie de terre. L'une des raisons en est que les rats pestiférés, s'ils ne sont pas véhiculés par les voyageurs, ne peuvent parcourir les grandes distances. En revanche les navires peuvent les transporter d'un continent à l'autre. L'espace de navir est clôt pendant tout le trajet maritime ce qui n'est pas le cas pour un voyage par terre où la caravane a plus de chance de se débarrasser de ses rats, si elle en contient, au cours de ses haltes répétées. Par ailleurs, le climat torride de ces régions ne favorise pas la multiplication des rongeurs.

Quant au choléra, les facteurs de distance et de durée des voyages, par terre ou par mer, peuvent être un obstacle naturel à sa propagation. Mirzâ Ali-Khan fait observer que les épidémies ne se produisent pas pendant le trajet d'un navire même s'il se trouve

des cholériques à bord. Car les déjections dangereuses, une fois émises, sont jetées à la mer et le *microbisme latent* ne peut se développer. L'épidémie éclate lorsque le navire arrive à destination où les matières contenant le vibrion cholérique pourrait s'accumuler. Il en est de même, toujours selon ce médecin, dans le désert, où la caravane abandonne chaque jour derrière elle les déjections; grâce à la longue durée de la traversée du désert, le *microbisme latent* disparaît peu à peu de façon que tout danger est dissipé quand la caravane arrive aux régions habitées. À condition tout de même que le voyage dure plus de quarante jours, car l'activité du *microbisme latent* ne se prolonge pas plus de 45 jours¹⁵.

En Iran, à la différence des pays riverains de la Méditerranée, les communications au sein d'activités comme le commerce, les migrations tribales et les pèlerinages se faisaient plutôt par voie de terre. Ce fait explique que parmi les pandémies de choléra qui touchèrent l'Iran du XIX^e siècle (1817-23; 1826-37; 1844-62; 1866-71; 1891-92; 1893-94), six furent propagées par la voie terrestre et seulement trois par les voies maritimes¹⁶. Parallèlement, les obstacles naturels et les routes peu praticables, réduisant les communications, expliquent la rareté relative et la lenteur de la propagation de la peste, malgré les mauvaises conditions hygiéniques dans l'Iran de cette époque.

Les épidémies de choléra et de peste en Iran (1821-1835)

Des explosions épidémiques limitées avaient été signalées en Inde dès 1772-82¹⁷. Apparu ou réapparu en 1817 sur les côtes de Malabar en Inde, le choléra-morbus ne parvint à franchir ses foyers endémiques qu'en 1818. Par la vallée du Gange, il gagna alors à l'ouest Agra et Dehli, et se dirigea vers le sud en direction de Surat et Bombay. A cette époque, les relations commerciales entre Bombay et les ports du golfe Persique employaient jusqu'à 100 à 120 navires,

manoeuvrés par un millier de matelots. Il y avait en outre 730 grands navires du pays qui faisaient du cabotage à la côte occidentale de la presqu'île indienne et qui s'en éloignaient souvent pour aller jusqu'à Mascate¹⁸.

Cela expliquerait comment le choléra put quitter l'Inde pour se propager en Iran et aller ensuite jusqu'en Europe. Il semblerait

qu'un corps expéditionnaire britannique parti de l'Inde pour réprimer le trafic d'esclaves en Arabie fut le premier à disséminer le choléra hors de l'Inde¹⁹. De la péninsule arabique, la maladie gagna ensuite le port de Bushir sur la rive orientale du golfe Persique.

En mars 1821, le sous-continent indien était entièrement contaminé. Au mois d'août, le choléra pénétra à l'intérieur du golfe. Bushir, qui était le marché principal pour les transactions entre l'Inde et la Perse, fut touché et perdit un sixième de ses habitants. Un mois plus tard, Shiraz, en communication permanente avec Bushir, vit à son tour éclater la maladie qui tua, en l'espace de 25 à 30 jours, plus d'un tiers de ses 35000 habitants. Rich, le consul britannique à Shiraz, écrivit, peu avant de mourir lui-même du choléra, que la famille royale quittait la ville pour fuir l'épidémie. Le prince Hoseyn-Ali-Mirzâ, gouverneur du Fârs, vit périr une de ses femmes et plusieurs de ses esclaves géorgiens²⁰.

Au mois de novembre, Kermânshah fut atteint. Il y a deux voies par lesquelles le choléra pouvait y arriver. D'abord, par l'ouest en provenance du pahalik de Bagdad (contaminé déjà par le Tigre et l'Euphrate)²¹. Les responsables furent les troupes du prince Mohammad-Ali-Mirzâ, gouverneur de Kermânshah, qui avait attaqué le pashalik afin de prélever lui-même les tributs arriérés que le Pacha de Bagdad lui devait. Assaillie par la maladie, l'armée battit en retraite et le prince lui-même succomba au choléra, aux portes de Kermânshah. Il est aussi possible que le choléra soit arrivé à Kermânshah par l'est, en provenance d'Ispahan et de Yazd qui étaient touchés à la même époque²². Selon d'autres témoignages, Ispahan aurait été préservé en raison de l'interdiction de l'entrée des caravanes dans cette ville. Celles-ci, changeant de route, apportèrent alors leur germe pathogène à Yazd²³.

La première avancée du choléra fut arrêtée par l'arrivée du froid en décembre. Au printemps de 1822, le germe du choléra se développa de nouveau à Kermânshâh et les caravanes le transportèrent à Qom, Kâshân, Qazvin, Téhéran et Tabriz. En Azerbaïjân, les troupes du prince 'Abbas-Mirzâ, gouverneur de cette province, qui envahissaient les territoires de l'empire ottoman, connurent le même sort que l'armée de Mohammad'Ali-Mirzâ l'année précédente. La retraite désorganisée de l'armée, qui avait perdu 2000 de ses hommes²⁴, transporta la maladie

dans le camp royal à Soltânieh, malgré la quarantaine instaurée par Fath'Ali-Shah à Zanjân²⁵. 'Abbas-Mirzâ, abandonné par ses troupes, et son vizir furent contraints à négocier avec l'ennemi²⁶.

En 1823, le choléra attaqua de nouveau Tabriz et les provinces de la mer Caspienne, notamment le Gilan et le Shirvân. À Tabriz, 4800 habitants périrent en 25 jours. Les autres villes de l'Azerbaïjân subirent une mortalité semblable. Cette année-là la virulence du choléra fut néanmoins moindre puisqu'il ne tua au Gilân que 30 personnes sur 2000 habitants et à Shamâkhi, capitale du Shirvân, 40 sur 6000 habitants, mais son germe était entretemps apparu à Astrakhan, aux portes de la Russie. Téhéran était resté pratiquement préservé car le Shah avait empêché que les caravanes s'approchent de la ville²⁷.

La deuxième invasion du choléra commença en 1829, mais cette fois, il entra par l'Afghanistan et la maladie fut véhiculée par les pèlerins de la ville sainte de Mashhad, située au nord-est de l'Iran. Il atteignit Téhéran au mois d'octobre et parvint à Bâbol et à Rasht vers la fin de cette année²⁸. Le littoral du golfe Persique fut contaminé en 1830 par la voie intérieure²⁹. Selon Tholozan, l'épidémie cette fois n'était pas originaire de l'Inde mais s'était répandue à partir du *foyer secondaire* formé au nord du pays lors de l'épidémie précédente. De même, l'épidémie de 1832 en Europe provenait, selon lui, des *foyers secondaires* de la Sibérie et du Turkistan, par Orenbourg, Astrakhan et la Transcaucasie. Ce propos de Tholozan n'était qu'une hypothèse car il ajoute:

il est très probable qu'il y eut dans les provinces du nord-ouest de l'Inde, dans le Turkistan et en Perse une recrudescence simultanée³⁰.

Quoi qu'il en soit, endormi pendant l'hiver et réveillé aux premières chaleurs du printemps, le choléra continua à sévir les années suivantes; il était encore présent en juillet 1835³¹.

À cette époque, la peste se propagea aussi en Iran avec vigueur. Dans l'ensemble, les sources témoignent même davantage de la propagation de la peste et de l'extension de la famine que de celle du choléra. La peste provenait de l'Arménie turque, atteinte en 1829. Elle apparut en Iran avec virulence entre 1830

et 1835. En 1830 Tabriz, en 1831, Ardebil furent touchées. Tholozan a relevé les grands ravages opérés par la peste de 1830 dans le Mâzandarân, le Gilân, le Gorgân et dans la partie nord du Khorâssân, à Bojnurd. La maladie devait se déclarer à Téhéran dès 1830, car Mirzâ M.-Taqi Shirâzi écrivit son traité sur la peste suite à cette épidémie alors qu'il était à Téhéran en 1247/1831³². Même les parties élevées de la chaîne de l'Alborz ne furent pas épargnées³³. La peste s'étendit ensuite vers le sud-ouest (Shushtar et Dezful) et vers l'ouest (Hamadan et Kermânshâh), ainsi qu'à Bushir. Shirâz fut faiblement atteint. En revanche, Qom, Kâshân et Ispahan restèrent indemnes³⁴. On trouve la même carte géographique de la peste entre 1831 et 1835 dans les travaux de Tholozan: Ardebil, Tauris, Zanjân (nord-ouest), Astarâbâd (nord), Kermânshâh (ouest).

Pendant la grande peste de l'Arménie turque et d'Erzeroum en 1840-43, la Perse restera indemne³⁵. La maladie ne fera sa réapparition que timidement, en décembre 1870, au sud de la mer Ourmieh dans l'Azarbaijân et en 1871 dans le nord du Khorâssân, à Neyshâbur³⁶.

Contexte historique

Les fléaux du choléra et de la peste atteignaient un état plongé dans la détresse et la misère. L'Iran Qâjâr traversait une crise politique particulièrement difficile depuis 1827. Les combats incessants des princes Qâjâr dans les régions frontalières dès le début de leur règne mis à part, les guerres avec la Russie qui se soldèrent par la perte du reste des Khânâts de la Transcaucasie et le paiement d'une lourde indemnité de guerre au Tzar, avaient durement touché l'économie du pays. Le prince Abbâs-Mirzâ, qui prétendait à la succession au trône, mais qui était discrédité par son échec face aux Russes, voulut à tout prix rétablir le crédit perdu, en reprenant le contrôle des frontières orientales et en conquérant au moins Hérat. Il tenta aussi de renforcer son autorité en venant à bout des incursions interminables des Turcomans de l'Asie centrale dans le Khorâssân. Les luttes pour la succession qui s'accroissaient à mesure que la maladie du Shah se confirmait, avaient entraîné l'empire dans la guerre civile et le désordre. Le pays s'enfonçait dans l'extrême pauvreté.

Sous les Qâjâr, les soldes, quant elles étaient payées, l'étaient toujours avec un retard d'au moins six mois, parfois des années. En 1832, cela faisait trois ans que les soldats n'avaient pu visiter leurs familles et restaient impayés. Ils trouvaient une solution dans le pillage des contrées visitées au cours de leurs marches. Les troupes d'Abbâs-Mirzâ avaient épuisé toutes les ressources de Sarakhs, le pays des Turcomans qu'ils avaient mis à sac, paralysant et désarmant la population. En conséquence, les Turcomans de Tekka, Marv, Akhal et Tajand envoyèrent des députés offrir au prince Qâjâr des otages en gage de leur soumission et de leur bonne conduite dans le futur³⁷.

En novembre 1832, le Dr. McNeill nous informe qu'Abbâs-Mirzâ ne pouvant plus payer ses soldats à Mashhad, la moitié d'entre eux se mirent en *bast*³⁸ dans le sanctuaire du huitième Imam des shiïtes³⁹. Encore l'armée trouvait-elle généralement sur sa marche de quoi se nourrir. Les civils eux, dans les villes et villages, souffraient de la famine et mouraient comme au temps des épidémies. À Téhéran et dans son voisinage, d'octobre 1832 à mars de l'année suivante, en conséquence de l'extrême disette, le pain était frelaté, la viande tellement avariée qu'elle causait des dysenteries et autres maladies graves. À Ispahan, plusieurs personnes moururent de faim et une grande partie de la population se dispersa dans d'autres provinces⁴⁰. En mai 1833, la famine qui avait sévi pendant tout l'hiver, *devint alarmante et la mortalité parmi les classes inférieures de la société fut très grande*. Le 11 juillet à Téhéran,

*la chaleur est oppressante et le climat extrêmement malsain. Depuis l'automne dernier la dysenterie, la jaunisse, les fièvres éruptives dominant et toutes, dès leur apparition sont fatales à cause de la disette et de la malnutrition. Malgré la nouvelle récolte, les marchandises de première nécessité sont quatre fois plus chères qu'à l'ordinaire, ce qui va entraîner de nouvelles famines*⁴¹.

Le vibrion du choléra résistant à la chaleur⁴² et le bacille de la peste au froid⁴³, ces deux épidémies alternaient au passage de saison chaude en saison froide et vice-versa, et ne lâchèrent pas prise pendant cinq à six années de 1829 à 1835. Plusieurs Européens moururent soit du choléra soit d'autres maladies dues aux mau-

vaises conditions d'hygiène créées pendant les épidémies. Ainsi s'expliquerait, par exemple, la mort brutale de Sir John Macdonald, consul britannique, et du Major Isaac Hart, commandant anglais de l'armée d'Abbas-Mirzâ⁴⁴. En octobre 1833, on nota des *épidémies dévastant chaque ville et district*⁴⁵. En septembre, les épidémies firent encore plus de ravages dans le Mâzandarân et à Mashhad, Shiraz et Ispahan. Le 15 septembre à Téhéran,

la maladie domine avec une très grande force et la mortalité dépasse 100 par jour. On calcule que la moitié de la population est atteinte, les morts et les mourants gisent dans les rues et le degré de misère dépasse le niveau atteint au moment où la peste et le choléra sont à leur apogée [...].

À Tabriz, l'épidémie commet aussi de grands ravages⁴⁶. El-good, faisant visiblement référence aux rapports de Sir J. Campbell et aux correspondances de Dr. Mc Neil, suggère que l'étrange épidémie de 1833 à Téhéran était une influenza⁴⁷.

Ces témoignages des contemporains occidentaux illustrent la culture épidémiologique qui était celle des Européens. Comme on a pu voir, les observateurs occidentaux ne précisent guère identité pathologique des maladies et des épidémies. La confusion paraît grande sous les termes de fièvre éruptive, peste, choléra, etc. Les médecins persans, que la propagation des épidémies amène à réfléchir sur ces maladies et à composer des ouvrages inspirés des notions de la médecine galénique, se heurtent aux mêmes difficultés.

Épidémie et fièvre

Les maladies, que nous connaissons aujourd'hui comme épidémiques, n'étaient pas toutes considérées comme telles. Selon la médecine traditionnelle, les maladies comme le choléra et la peste, la variole, la rougeole, la fièvre typhoïde, etc., font partie des fièvres, mais tous les médecins comme Aghili (XVIII^e siècle), ne les considèrent pas comme envahissantes ou contagieuses parce que produites dans le *vabâ* (temps putride)⁴⁸. *Vabâ*, dans la médecine persane, inspirée des textes plus anciens, signifie *l'infection de l'air*.

Les transformations et les combinaisons des fièvres entre elles font l'objet de multiples classifications. Les fièvres cholé-

riques et non cholériques peuvent interférer et les fièvres non-cholériques peuvent se transformer en fièvres cholériques. Dans son traité sur la peste bubonique, écrit en 1831, Shirâzi décrit les symptômes de la peste comme male de tête, obscurcissement de la conscience (*ekhtelâtée aql*), blocage de la parole, peur et inquiétude, étouffement, etc. Le malade est souvent emporté avant trois ou quatre jours mais si la maladie dépasse neuf jours, le patient sera guéri. Avant le neuvième jours, d'autres signes peuvent apparaître, accompagné de la fièvre typhoïde et *mohraqueh*⁴⁹. Cette opinion avoisine la définition de la peste malinge donnée par Grisolle au milieu du XIX^e siècle:

*une maladie fébrile ... au milieu de symptômes typhoïde graves obscurcissement de la conscience, délire, etc. s'accompagnant de bubons, d'antrax, de pustules gangréneuses ...*⁵⁰. Cette confusion évoquerait le cas d'affections diagonales⁵¹, décrites par l'anatomie pathologique au début du XIX^e siècle en Europe: la chronicité ou du moins l'étalement dans le temps d'une attaque, autorise parfois la relève d'une affection par une autre⁵².

Au-delà de cette analogie, sans doute simpliste, entre le néo-hippocratisme européen et le galiénisme persan, le glissement, selon l'anatomie pathologique, d'une maladie vers une autre possède un statut épistémologique différent, car fondé plus sur la pathologie que sur la nosologie, de celui de la transformation des fièvres entre elles que la lecture persane de Galien, pose comme une loi.

Les épidémies et l'atmosphère

La théorie des miasmes a marqué durablement la médecine en Orient comme en Occident. Selon Avicenne, qui, lui-même répète la théorie d'Hippocrate, admise aussi par Galien, les pestilences (*owbi'a* = pluriel de *vabâ*) sont dues à la corruption de l'air par des agents terrestres ou aériens, eaux stagnantes, cadavres, humidité orageuse sans pluie⁵³. Tous les auteurs persans répètent cette idée et, comme ils ne faisaient souvent que copier les textes précédents, la même phrase est à peu près reproduite par la plupart d'entre eux: *hommâ-ye vabâi* est une fièvre qui se produit dans le *vabâ*, car lorsque la température est viciée, elle infecte l'esprit et les humeurs et l'infection des humeurs cause la

fièvre. Les signes du *vabâ* sont: l'obscurcissement de l'atmosphère, carence de pluie, fuite des animaux, sortie des araignées, des rats et des reptiles de leurs terriers, etc...⁵⁴. D'où l'idée d'un rapprochement qu'aurait effectué Avicenne entre peste et rat⁵⁵, longtemps avant la reconnaissance par Simend du rôle des rongeurs dans la transmission.

La théorie des miasmes persista en Europe jusqu'à ce que la présence des microbes fut mise en évidence, entre autres, par Louis Pasteur en 1861, grâce au microscope dont le grossissement avait été amélioré⁵⁶. Mais sa disparition fut lente et progressive; on la voit resurgir, par exemple, lors de la pandémie cholérique de 1894 en Europe, en particulier à Hambourg⁵⁷. Le Dr. Tholozan qui déploya tous ses efforts pour une réforme littéraire en Iran, c'est-à-dire pour faire table rase de l'enseignement avicennique en Iran, restait lui-même profondément imprégné du néo-hippocratisme et de la théorie des miasmes. Il tendait à montrer que la peste en Iran n'est pas endémique et que sa propagation est endiguée par le climat, suggérant ainsi que l'air est le moyen de transmission de la peste. En 1903, Ardachir-Khan Nazar-Aga, dans sa thèse de doctorat soutenue à la Faculté de médecine de Paris, mentionne encore deux des principales mesures prophylactiques relevant des théories d'Hippocrate: l'air respiré ne doit pas être vicié; chacun doit avoir pour le repos une chambre vaste, non encombrée et de préférence orientée vers l'est...⁵⁸. Il s'agit là de la reprise des textes de la médecine traditionnelle. Les hôpitaux Broussais et Boucicaut à Paris, bâtis respectivement en 1885 et 1903, font aussi jouer un rôle à l'aération dans leurs architecture⁵⁹.

Le diagnostic différentiel entre le choléra et les autres fièvres par le *vabâ* (corruption de l'air), prête à confusion. Puisque les fièvres cholériques surviennent en cas de *vabâ*, il faut que le médecin diagnostique l'infection de l'atmosphère. Sinon il risque de donner un autre nom à la maladie alors qu'il s'agit du choléra⁶⁰. C'est le cas observé par le Dr. William Bell, médecin de l'ambassade britannique en Iran, entre 1838 et 1842. Dans la classification médicale des fièvres, une des fièvres portait alors le nom de *hommâ-ye ghash* (ou *tab-e ghash*, fièvre avec évanouissement)⁶¹. Le Dr. Bell observait, probablement lors d'une épidémie

de choléra, des cas de maladie appelés par les médecins persans *tab-e ghash* qu'il traduit comme *fainting fever*. Il considère qu'il s'agit d'une forme atténuée du choléra et son observation clinique évoque effectivement le choléra, alors que le *tabéa ghash* n'était, selon les médecins persans, qu'une fièvre ordinaire⁶².

La nouveauté du XIX^e siècle

Les ravages des épidémies de choléra et de peste au XIX^e siècle incitaient les médecins persans à se pencher sur les causes du mal. Tous précisent, dans l'introduction de leurs ouvrages, que c'est la mortalité excessive de la population qui les a motivés dans leurs recherches sur le choléra ou la peste. Dans les textes médicaux des siècles précédents, le thème des fièvres cholériques revenait comme un leit-motiv, un chapitre à développer pour suivre la tradition mais pas plus! A cela plusieurs raisons: la fréquence des épidémies n'était pas alors au point d'impressionner le pouvoir et la médecine; d'autre part, les communications, se faisant avec lenteur, ne diffusaient pas au loin les germes des épidémies et n'éveillaient pas la conscience collective. La mortalité venait comme une vague subite et isolée, de loin en loin, comme lorsqu'elle était causée par l'attaque militaire d'un ennemi étranger. En Iran l'instabilité politique se surajoutait, sans doute, à ces facteurs et laissait peu de place à une réaction collective suivie contre l'épidémie.

Au XIX^e siècle tous ces facteurs s'inversent ou presque: les épidémies surviennent par vagues successives, à intervalles de plus en plus rapprochés; les communications se font plus rapidement et à cadence régulière; la cohésion sociale se renforce du fait de la stabilité politique, et le pouvoir Qâjâr, afin de préserver cette cohésion, garant de la continuité de la dynastie, s'intéresse davantage à la nécessité de la santé publique; enfin la pression des puissances européennes sur le pouvoir, due entre autres à l'intérêt pour le combat mondial contre l'épidémie, se manifeste. Tous ces éléments conduisent à la prise de conscience collective du fléau et poussent les médecins à développer leur savoir médical en la matière. Alors que les ouvrages médicaux des siècles précédents ne traitaient que brièvement des épidémies, dans la médecine du XIX^e siècle, non seulement les rubriques ré-

servées aux maladies épidémiques occupent plus de place, mais aussi les ouvrages ou traités entiers leur sont consacrés. Du fait même que l'épidémie n'est plus une rubrique parmi d'autres, et qu'elle devient l'objet à part entière de la médecine, on peut parler d'une littérature épidémiologique.

À notre connaissance, le premier ouvrage en date sur le sujet est la traduction (en 1823-24) d'un livre – dont l'auteur n'est pas mentionné – par Mirzâ Yazdân-Bakhsh. Il faut attendre la deuxième vague de choléra et de peste des années 1829-35 pour que Mirzâ Mohammad Taqi Shirâzi, célèbre sous le nom d'Aqiâ-bâbâ-ye tabib (=Le Médecin), écrive, en 1247/ 1830-1831, son traité sur la peste en langue arabe, intitulé *Tâ'unia*. Il en donne, dans un autre ouvrage⁶³, un aperçu général en deux pages. Cet auteur écrira par la suite d'autres traités sur le choléra⁶⁴.

Parmi la vingtaine de traités ou d'ouvrages du XIX^e siècle que nous avons trouvés, plus d'une douzaine ont été élaborés entre 1820 et 1860. Les événements majeurs, susceptibles d'avoir influencé la littérature et la pratique médicales, sont les suivants: l'École polytechnique de Dâr ol-Fonun est inaugurée en 1851, sans qu'aucun des auteurs de ces traités y ait été éduqué; le Dr. Tholozan, qui joua un rôle important dans le renouveau de la médecine de l'époque Qajar, entra au service du Shah en 1858-59 et dix ans plus tard, en 1868, inaugura le premier Conseil sanitaire persan; c'est en 1858 qu'un convoi de 42 étudiants persans, dont cinq médecins, est envoyé en France. La réflexion des médecins locaux de formation médicale traditionnelle, s'exerce donc en dehors ou presque de toute influence occidentale. Leur lecture constitue donc un moyen authentique pour mesurer les capacités d'évolution de la pensée médicale et socio-sanitaire en Iran de cette époque.

Les ouvrages de Shirâzi sur l'épidémie illustrent un certain changement dans la perception de la médecine traditionnelle, sur les plans pathologique, social et politique. Le point fort des travaux de Mirzâ M.-Taqi Shirâzi est mis en évidence dans un traité intitulé *Mofarraq-ol-heyze v'al-vabâ*⁶⁵, où l'auteur entend établir les différences entre *heyzeh*, une variante de la dysenterie, et le choléra. Écrit antérieurement à la date de son édition lithographiée en 1861-62, ce traité est original en ce qu'il est le

premier à essayer de distinguer une maladie non-épidémique, *heyzeh*, dont les symptômes seraient similaires à ceux du choléra, de l'épidémie cholérique proprement dite⁶⁶. L'énumération des différences entre les deux par Shirâzi indique bien que la littérature médicale n'est pas uniquement une compilation ou une interprétation des textes anciens, mais sur l'observation symptomatologique et sur l'expérience. Dans l'analyse de cette différence, Shirâzi se fonde sur les paradigmes antérieurs comme celui de la fièvre putride. Il explique, par exemple, que la fièvre cholérique doit être reconnue par la putréfaction de l'air; l'air infecté influe directement sur les mucosités du corps et cause le choléra. En revanche, le *heyzeh*, même lorsqu'il cause la mort du malade, n'est pas une fièvre et encore moins une fièvre putride qui est une des ces caractéristiques du choléra. C'est ainsi que l'on peut faire le diagnostic différentiel d'un cholérique d'un malade atteint de diarrhée. Mais si l'on replace la théorie de Shirâzi dans le contexte littéraire contemporain on aperçoit assez facilement sa nouveauté. Le *vabâ* et la *tâ'un* étaient confondus dans tous les textes médicaux sans exception. Par exemple, 'Aghili, l'une des autorités médicales de cette époque, dans son *Majma'oléjamâme'* (Continent des continents), énumère onze signes pour la fièvre cholérique qui peuvent être ceux du choléra, de la peste, de la variole ou de la rougeole à la fois⁶⁷. Le *heyzeh*, la diarrhée et le vomissement causés par l'intoxication alimentaire ou pas la mauvaise digestion due à un mauvais régime⁶⁸, était considéré au XIX^e siècle comme le choléra nostras, le choléra régional (*vabây éye bumi*), sporadique ou le choléra saisonnier (*vabâéye pâ'izi*= de l'automne)⁶⁹. Shirâzi, lui, écrit trois traités, à savoir *vabâ'y yeh* (du *vabâ*), *tâ'unieh* (de la peste), et *mofarraq oléhezeh v'alévabâ* (de la différence entre le *heyzeh* et le *vabâ*), justement pour distinguer et décrire les particularités des trois pathologies à savoir le choléra, la peste et la diarrhée aiguë.

On peut parler d'un changement de perspective médicale car on trouve chez d'autres médecins traditionalistes de nouvelles méthodes théoriques. Mirzâ Musâ Sâveji dans son ouvrage, le *Das-tour al-atebbâ fi 'alâj al-vabâ* (Prescription des médecins pour le traitement du choléra), se flatte d'avoir mis en garde les médecins contre une méthode ancienne: *en dépit des prescriptions des*

maîtres de la médecine, Hippocrate, Galien, Avicenne et autres, il déconseille la saignée pour le cholérique,

*car elle aggrave la faiblesse du malade en le privant du peu de sang qu'il a encore et des humeurs saines qui sont indispensables au fonctionnement de son corps*⁷⁰.

Cette remarque de Sâveji renferme une pensée originale à une époque où la saignée, le traitement très courant, indiqué par le système de Broussais, très en vogue dans la première partie du XIX^e siècle, aggravait encore la déshydratation du cholérique⁷¹.

Nouvelle rhétorique, nouveau paradigme

On savait, pendant des siècles, que la *vabâ* est une maladie publique, que la *tâ'un* (la peste), est une maladie qui survient lors du *vabâ*, mais aussi durant toute cette longue période, on confondait les pathologies épidémiques avec les maladies ordinaires. Jorjâni, dans son *Zakhireh* (Trésor), écrit au XIII^e siècle, et qui fut la source majeure des médecins persans, connaît deux causes pour les fièvres: externe (environnement) et interne (physiologique). Les causes externes sont sept dont la température putride, et l'eau infectée. Ainsi pour Jorjâni toutes les maladies, épidémiques ou non, peuvent être causées par la température putride, alors que pour Shirâzi (XIX^e siècle), celle-ci est la cause distinctive du choléra⁷². L'ancienneté des épidémies comme la peste ne fait aucun doute et pourtant face aux vagues de la peste extrêmement dramatiques au Moyen Age, les auteurs contemporains comme Aly-Abbas Majussi, n'en font qu'une mention fortuite en le citant parmi les *mauvaises fièvres*. Comme le dit Ullman,

*on pouvait s'attendre à ce qu'al-Majusi consacraît un chapitre entier à une fièvre si spectaculaire et si dangereuse et qu'il donnât une description complète de ses symptômes. Il n'en est rien. Ullman continue: Sans doute faut-il l'expliquer par le fait que la peste de Justinien, cette pandémie qui apparut en premier lieu à Péluse en 541 et qui éclata de nouveau plusieurs fois jusqu'au milieu du VIII^e siècle, se produisit durant une période morte de la littérature médicale*⁷³.

La médecine traditionnelle en Iran du XIX^e siècle, ne manifeste pas, dans un premier temps, un renouvellement théorique, mais seulement, sous la pression des épidémies, un *paraphrasage* des textes anciens. Néanmoins, une articulation nouvelle avec la tradition se manifeste par la sensibilité différente aux épidémies. Ils puisent alors dans la théorie humorale une explication pathologique à l'épidémie. C'est le premier pas du savoir médical pour isoler l'épidémie comme une pathologie spécifique par rapport aux maladies ordinaires. Ainsi, on voit les médecins multiplier des *précisions* du genre

*le choléra fait partie des fièvres putrides et humorales*⁷⁴ ou *la fièvre dans le choléra, qu'elle soit quotidienne ou putride, commence toujours par le coeur et non pas par d'autres organes*⁷⁵.

Sur le plan épistémologique, les textes du XIX^e siècle ont à leur actif un vocabulaire nouveau avec les termes *tâ'un* et *vabâ* que l'on assignait jusqu'alors indistinctement à la peste et au choléra. Ces termes perdent peu à peu leur sens générique pour prendre des connotations pathologiques déterminées et distinguer des maladies spécifiques. Mot d'origine arabe, *vabâ* signifie ce qui touche et fait mourir tout le monde. L'expression persane de la maladie épidémique était *margâ-margi* dont le sens à la fois littéral et figuré peut vouloir dire *mort sur mort, mort menant à la mort*. Par opposition, une maladie ordinaire de quelque nature qu'elle soit, était appelée *maraz-e taktouk* (maladie individuelle) ou *maraz-e gheir-e vabâ'i* (maladie non épidémique)⁷⁶. Les termes *vabâ* ou *margâ-margi* avaient donc une origine identique à celle du mot *épidémie*, d'origine grecque: *epi*, sur; *demos*, peuple (maladie qui frappe tout le monde). C'est à partir de cette notion que toutes les maladies épidémiques sont dénomées par le terme *vabâ*. Dans le dictionnaire *Lesân ol-arab*, *vabâ* signifie *tâ'un* et *tâ'un* signifie *vabâ* et tous deux ont le sens de maladie publique (*maraz alé'âm*)⁷⁷. Dans les ouvrages médicaux, on trouve la même signification. Par exemple, dans le *Mizân ol-tebb* d'Arzâni, largement en usage (de nombreuses copies manuscrites qu'il en existent aujourd'hui en est témoin) jusqu'à la fin du XIX^e siècle, voire au-delà, explique que

vabâ est une fièvre mortelle (*mohlek*) qui se produit en temps de vabâ et il faut la purger avant que la tâ'un n'arrive et lorsque celle-ci se produit, il faudra traiter cette maladie de la façon qu'on dira...⁷⁸.

Il en est de même pour le médecin renommé Aghili, qui se démarque pourtant par son esprit critique et par son exactitude dans le traitement des thèmes médicaux. Encore une fois, comme nous l'avons mentionné plus haut, c'est au médecin traditionaliste, Shirâzi, que vient la distinction de *tâ'un* comme une maladie épidémique particulière⁷⁹.

Au XIX^e siècle, les médecins mettent de plus en plus l'accent sur le *vabâ* au sens de *temperature putride*, en se référant à la désintégration des humeurs qui se produit par suite de la modification de l'atmosphère. Ils distinguent donc deux choses: la cause extérieure (*vabâ*) et la maladie proprement dite qui affecte les humeurs sous l'effet du *vabâ*. Quoiqu'ils n'aient pas encore d'expression particulière pour l'atteinte du corps et désignent la maladie par le biais de sa cause extérieure, il est notable qu'ils précisent la pathologie *dans* le corps. Ce passage du *vabâ* (température putride) au *vabâ* (pathologie corporelle) les conduit à désigner désormais l'affection spécifique comme *vabâ*. La nouveauté terminologique est illustrée par le fait que les délégués persans à la conférence sanitaire de Constantinople en 1866 font remarquer que jusqu'à 1821

il n'y avait pas en Perse de dénomination spéciale pour désigner cette maladie [le choléra]⁸⁰.

Quelle est la raison de ce changement de sens des termes *vabâ* et *tâ'un* chez la médecine traditionnelle? Que s'est-il passé pour que la mise au point sur ces épidémies si anciennes soit faite seulement au XIX^e siècle? Quel sont la nature et le processus de ce changement? La réponse se trouve dans un ensemble d'éléments politique, social et littéraire mais aussi dans un changement de vision ou selon Thomas Kuhn⁸¹, *gestalt switch*, qui apparaît pour la première fois chez Shirâzi. Mais ce changement de paradigme, pour employer le terme kuhnien, sur le *vabâ* se produit dans un contexte politique et littéraire. Autrement dit il résulte de l'évolution théorique et politique et, contrairement à

ce que dit Kuhn, n'est pas une discontinuité par rapport au contexte socio-politique. Nous sommes témoins à cette époque d'une extension de la littérature médicale sur les épidémies. Afin de ne pas se dérober devant l'énigme de l'épidémie, les médecins s'attachent à proposer de nouvelles réponses en se fondant sur le discours humoral qu'ils le commentent pour mieux expliquer et dominer la maladie. Cette littérature, en réorganisant la masse des écrits, procure aux médecins de nouveaux outils logiques et sémantiques. À côté de l'observation et de l'expérience sociale tragique, elle constitue un élément essentiel qui contribue à l'évolution du savoir médical. Le *paraphrasage* des médecins persans, critiqué par Tholozan comme simple et servile répétition, c'est en fait *introduire le langage dans cette pnombre où le regard n'a plus de mots*⁸².

Épidémie et pouvoir Qâjâr

Avec la restauration de l'empire et de la sécurité, la médecine académique recouvre le patronage de l'Etat et s'intègre dans le système politique. À cette époque, prend fin l'émigration des médecins persans vers l'Inde, telle qu'elle se pratiquait dans les siècles précédents⁸³. Parallèlement à leur statut socio-politique, leur situation matérielle s'améliore. On possède des témoignages attestant, par exemple, que Mirzâ M.-T. Shirâzi avait une vie aisée et fortunée⁸⁴. Mais la médecine financée par l'Etat et au service de l'Etat devait naturellement se démarquer de plus en plus de la médecine populaire et produire par conséquent un savoir spécifique.

Le travail du médecin, même dans le cas d'une maladie aussi générale qu'une épidémie de choléra, se justifiait d'abord par le fait qu'il était destiné avant tout à traiter la santé du prince. E'temâdos-Saltaneh, ministre de la presse et de l'éducation de Nâserod-din-Shah, dans son journal suit en détail la vie de la cour et informe sur l'état de la santé du Shah. En mentionnant un cas de maladie, au sein de la cour royale, provoqué par la consommation des fruits, il ajoute:

*aujourd'hui, [l'épidémie de choléra sévissait alors parmi la population], le Shah est malade, son nez est effilé. Il est saisi d'une peur bleue et craint d'être atteint du choléra*⁸⁵.

C'est sans doute suite à une peur bleue de ce genre que Nâserod-Din-Shah ordonna à Mohammad-Taqi Shirâzi d'écrire le traité où il distinguait le choléra de la dysenterie et de la diarrhée⁸⁶. M. -T. Shirâzi, à la fin de son traité, mentionne le nom de Nâserod-Din-Shah en priant pour sa santé, ce qui renforce l'idée que sa rédaction avait pour cause initiale la maladie de ce souverain⁸⁷. De même, l'autre travail de l'auteur sur la peste, *tâ'unia*⁸⁸, rédigé lors de l'épidémie de peste de 1831, est principalement consacré à la santé de Fath'Ali-Shah, qui souffrait d'un malaise consécutif à cette épidémie⁸⁹.

Mais ce lien, grâce aux événements épidémiques, ne reste pas simple dépendance du médecin au prince. Le pouvoir manifeste son souci pour la santé de ses sujets et s'ouvre ainsi la possibilité d'un dialogue, d'une interaction entre la médecine et le pouvoir. Mirzâ Musâ Sâveji consacre les sept premières pages de son traité (écrit sur ordre du ministre de la guerre, Amir al-omarâ Amir Asadollâh-Khân) sur la guérison du choléra, à cette question.

Le but de la création est d'adorer Dieu et cela ne peut se faire qu'avec un corps sain. Conserver la sécurité et la santé n'est réalisable qu'avec des rois justes et il est donc du devoir du peuple de prier pour la santé du roi. Mais pour préserver les sujets des fléaux de la maladie, le roi doit soutenir [le terme persan est caresser (navâzesh)] les médecins.

Ainsi, après avoir souligné que c'est le souverain qui peut assurer la santé du peuple, il s'adresse à la fois au pouvoir (pour qu'il prenne en considération la santé publique, qu'il aide les médecins à guérir le peuple malade) et au peuple (pour qu'il prie pour l'éternité du pouvoir). Les termes comme *guérison du peuple* (*mo'âlejeh -ye khalq*), *protection des sujets* (*hefzêe ra'yat*), *préserver le peuple de l'agression de l'ennemi* (en l'occurrence l'épidémie), etc., dans le texte sont significatifs.

Dans le contexte épidémique, apparut ainsi, à côté de la médecine des élites, la médecine des épidémies affectant toutes les classes. Mais celle-ci eut du mal à affirmer son identité tant pour des raisons scientifiques que politiques et sociales. La conscience sociopolitique encore brumeuse ne donnait pas lieu à un investissement collectifs dans la recherche scientifique ni à une mobilisation sociale contre le fléau. Parler d'épidémie attirait

peu l'attention. Astarâbâdi, l'auteur d'un traité sur le choléra, écrit après l'épidémie de 1846-47, ne trouva d'autres moyens pour faire entendre sa voix, afin d'informer l'état et le public sur le fléau, que d'écrire un ouvrage sur l'épidémie au nom de Mohammad-Shah et de le lui dédicacer⁹⁰.

Mais si cette dépendance est si remarquable, c'est peut être parce qu'un changement s'opère à l'intérieur d'elle et par elle: la sujétion de la médecine au prince met l'épidémiologie naissante dans une situation paradoxale. D'une part, elle reste avant tout inféodée au prince. D'autre part, si, la promotion de la science médicale se fait grâce au lien qui attache la médecine au prince, c'est aussi ce lien qui permettra la mise en place d'une médecine des épidémies, voire de l'instauration d'un véritable service de santé publique. C'est encore ce lien qui servira de support politique pour le contact de la médecine traditionnelle avec la biomédecine et son introduction en Iran.

Conclusion

Le développement de la littérature médicale sur les épidémies est une réaction, une réponse à la propagation des épidémies. Bien que le discours sur la peste et le choléra se présente sous forme d'interprétation, de reprise des analyses ou de paraphrase des théories galéniques, il évolue et apparaît comme une sorte de néo-hippocratisme dans l'Iran du XIX^e siècle. Cette évolution épistémologique témoigne aussi d'une position sociale nouvelle du médecin à la fois vis-vis du prince et du peuple.

Ces deux aspects, le développement du discours épidémiologique dès la deuxième décennie du XIX^e siècle et le fait que la médecine de cour ne s'occupe plus seulement du prince, sont à mettre en corrélation. Le public apparaît ainsi de plus en plus comme objet du savoir médical à mesure que la santé publique devient le sujet de la préoccupation de l'Etat. L'apparition de la médecine des épidémies, qui est par la force des choses la médecine du peuple, indique une rupture avec les siècles précédents où la médecine érudite était réservée aux élites. Une rupture fondamentale s'opère, avec l'apparition de l'épidémiologie dans le savoir médical traditionnel, avant même que la médecine anatomo-clinique ne pénètre en Iran. L'opposition entre médecine des

grands et médecine des épidémies ne correspond donc pas à une opposition entre médecine traditionnelle et médecine moderne.

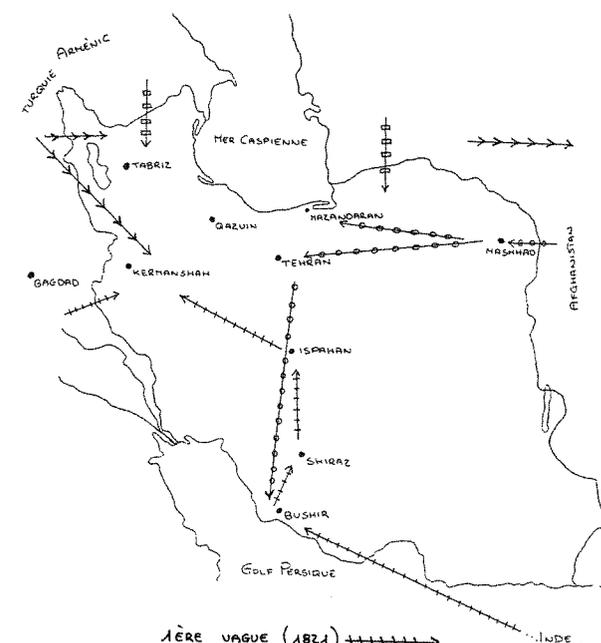
Dans l'Iran du XIX^e siècle, la médecine, sous la pression des épidémies, devient de plus en plus un enjeu social et politique et constitue un champ où se dessine l'évolution des rapports entre le politique, le social et le savoir. Les relations tissées entre la médecine, l'Etat et la société changent de configuration sur deux plans:

1. Avec les épidémies, émerge une nouvelle philosophie de santé qui ouvre davantage les services médicaux aux masses et découvre le corps du toutévenant au savoir médical. Un nouveau rapport entre le médecin et le malade apparaît, le champ d'investigation médicale s'élargit et la médecine n'est plus uniquement vouée à la santé du prince mais aussi à la santé publique. Conséquence à la fois paradoxale et logique, cette évolution s'opère par le prince et son engagement.

2. Le savoir épidémiologique évolue en prenant en compte l'aspect social: c'est d'autant plus important qu'en Iran *le public*, en dehors des structures traditionnelles (famille, tribu, etc.), n'a pas encore de cadre existentiel propre et son identité sociologique est encore floue. Ses intérêts sanitaires ne sont donc guère pris en compte. Les épidémies commencent, en frappant l'imagination, à engendrer des réactions sociales et entraînent des bouleversements sociologiques et politiques. La littérature épidémiologique en Iran, indique que la notion du social commence à dépasser les limites des cadres traditionnels comme la famille et la tribu. Elle prépare, du coup, l'arrière plan historique, sociologique et théorique de la réforme de l'enseignement (qui se faisait jusqu'alors dans le cadre familial), de l'exercice de la médecine (qui se transmettait de père en fils) et enfin de l'introduction de la médecine anatomo-clinique. Il est particulièrement significatif à cet égard qu'en 1860, le prince E'tezâdos-Saltaneh, le directeur de l'école polytechnique de Dârol-Fonun, change de politique en matière de recrutement des étudiants. Désormais, l'éligibilité à l'étude dans cette école ne sera plus réservée aux enfants des familles nobles mais s'étendra aux autres classes de la société⁹¹.

Cette évolution interne de la médecine persane a été accélérée par l'intervention de la médecine européenne, elle-même légitimée

par la pandémie du choléra. La combinaison de ces facteurs, l'évolution interne de la médecine locale, l'introduction de la médecine européenne et la prise de conscience de la nécessité de la santé publique, encadrait l'intégration de l'anatomie pathologique au discours scientifique alors que la dissection, tout en étant admise théoriquement, n'avait pas encore droit de cité.



	1ÈRE VAGUE (1821)	+++++
1ÈRE PANDEMIÉ	2È VAGUE (1822)	●●●●●
	3È VAGUE (1823)	+++++
2È PANDEMIÉ	1ÈRE VAGUE (1829)	■ ■ ■ ■ ■
	2È VAGUE (1830-1835)	~~~~~
ÉPIDÉMIE DE PESTE	(1830-35)	→→→→→

BIBLIOGRAPHIE ET NOTES

*Je remercie Anne Marie Moulin pour la lecture critique du manuscrit.

1. Cf. THOLOZAN D., *Prophylaxie du choléra en Orient, (l'hygiène et la réforme sanitaire en Perse)*. Paris, 1869; IDEM, *Histoire de la Peste bubonique en Mésopotamie* (mémoire lu à la Société impériale de médecine de Constantinople et imprimé dans la Gazette médicale d'Orient) Paris, 1873a. MIRZA ABBAS-KHAN A.-M., *Taoûn (peste), Etude sur la peste en Perse*. Paris, Imprimerie des Facultés, 1908; ALI-KHAN, *Choléra en Perse, Prophylaxie et Traitement*. Paris, éd. Henri Jouve, 1908. Dr. Johann SCHLIMMER, dans *Terminologie médico-pharmaceutique et anthropologique Française-Persane, avec Traductions Anglaise et Allemande des termes Français, Indications des lieux de provenance des principaux produits animaux et végétaux, détails nouveaux sur le gisement de plusieurs minerais importants, sur les principales eaux minérales, sur la thérapeutique indigène et sur les maladies endémiques et particulières les plus intéressantes des habitants de la Perse*, Téhéran, Lithographie de Ali Gouli-Khan. 1874, fournit un article de trente pages sur la peste. Concernant le choléra, il ne fait que citer le *choléra morbus* mais en revanche il explique longuement le choléra des nouveaux sévres sous l'entrée *Choléra ablactarotum*. Sous l'article *Fièvre cholérique*, il donne deux pages d'explications en se référant au choléra de 1867 à Isphahan; Nikolai Katovshchikoff, *tchumâ izveletcheno* (traduction persane de l'Asie centrale, *tâghoun-nâme*=traité sur la peste) Kazan, 1898. Pour les articles plus récents voir: NATEGH H., *Ta'sir-e edjtemâ'î va eqtesâdi-ye vabâ dar dowrehêye qâjâr*. (Les effets socio-économiques du choléra en Iran Qâjâr). In: Mosibat-e vabâ va balây-e hokumat (La calamité du choléra et le fléau du pouvoir), Téhéran, pp.11-45. Le même auteur dans *Bâzargânân, Bânk-e Shâhi va regi-ye tanbâkou* (*Les commerçants, la banque impériale et le Régie des Tabacs*), en persan, Paris 1992, évoque le choléra de 1892, pp. 228-247; de PLANHOL X., Cholera in Persia. In: *Encyclopedia Iranica*, London, ed. E. Yarshater, 1991, vol. SEYF V.A., *Iran and the great Plague (1830-31)*. *Studia Islam*, 1989;69: 151-165; IDEM, *The Plague of 1877 and the Economy of Gilan*; BURREL R.M., The 1904 epidemic of cholera in Persia: some aspects of Qâjâr society. *Bulletin of the School of Oriental and African Society* 1988;51, 2:258-270. KOTOBİ L.C., *L'émergence d'une politique de la santé publique en Perse Qâjâr, XIXe-XXe siècle. Un aperçu historique del la vaccination*. *Studia Iranica* 1995;24:261-284
2. Voir par exemple: RICH J.C., *Narrative of a residence in Koordistan*. London, 2 vols., 1825. FRASER J.B., *Narrative of a Journey into Khorassan in the Years 1821-1822*. London, 1825. IDEM, *Travels and Adventures in the Persian Provinces on the Southern Banks of the Caspian Sea*. London, 1826. MCGREW R.E., *Russia and the Cholera*. Wisconsin, University of Wisconsin Press, 1965.
3. Mémoires et Documents, Archives du Ministère des affaires étrangères de Paris, vol. 6, fol.71. Voir aussi, CHARDIN J., *Voyages de Jean Chardin, La Perse et les Persans*, réédition 1943, vol. II., p. 259; THOLOZAN D., *Prophylaxie du Choléra, et Histoire de la peste*, op. cit.
4. Mémoires et Documents, Archives du Ministère des affaires étrangères, Paris, vol. 8, fols. 20 et 23. Il faut préciser que le document qui rapporte ces faits a été écrit au début du XIX^e siècle. La distinction entre la fièvre typhoïde et le typhus n'a été faite qu'après 1820 environ. Nous ignorons si l'auteur de ce document en employant le terme fièvre typhoïde connaissait cette distinction.
5. SCOUTETTEN H., *Histoire chronologique, topographique et étymologique du choléra depuis la haute antiquité jusqu'à son invasion en France en 1832*. Paris, Masson, 1869; THOLOZAN D., *Observations sur le choléra...*, p. 30, passim; PROUST A.A., *Le Choléra, Etiologie et Prophylaxie*. Paris, Masson, 1883, p. 3.
6. *Gazette Médicale d'Orient*, dixième année (1866-67), p. 87, publiée par la Société impériale de Médecine de Constantinople, Imprimerie de M. de Castro Galata, Constantinople, Rue Billour, n° 4, 1867.
7. *Observations sur le choléra ...*, p. 40. Le point de divergence entre Tholozan et les thèses de la CSI de Constantinople est la suivante: selon cette dernière le choléra indien au cours de la dernière partie du XVIII^e siècle (1781,1783,1791), consistait en plusieurs épidémies touchant différentes parties de l'Inde, des provinces parfois très éloignées l'une de l'autre [...]. Tholozan, lui, penchait pour un centre unique de propagation. Mais cet auteur change d'opinion et met en avant la thèse des foyers secondaires pour prouver que l'instauration des quarantaines pronée par la CSI est une politique inefficace. Concernant ces divergences et contradictions voir EBRAHIMNEJAD H., *Introduction de la médecine européenne en Iran au XIX^e siècle*. *Sciences sociales et Santé* 1998; 16, 4.
8. FAZEL J., *Traduction à l'édition de l'ouvrage d'Avicenne, resâleh-ye jowdieh*. Téhéran, 1330/1951, p. XV.
9. Cf. DEHKHODA, *Loghat-nâme*, (Encyclopédie en persan) voir le mot *vabâ*.
10. ALAVI-YE AGHILI-YE KHORASSANI S.M.H, *Amrâz-e mofradeh-ye gheyre mokhtasseh*. Vol. 5 de *Majma' ol-Javâme'* (Continent des continents), Calcutta, 1858, éd. lithographiée, pp. 83-85, 112.
11. Mirko GRMEK admet l'hypothèse contraire et pense que le choléra est une maladie nouvelle qui aurait fait ses premières apparitions en Inde vers la fin du XVIII^e ou le début du XIX^e siècle. Cf. GRMEK M.D., *Le concept de maladie émergente*. *History and Philosophy of the Life Sciences* 1993;15, 3:295.
12. D'après PERRENOUD A., une population doit être suffisamment nombreuse pour qu'une épidémie puisse s'y maintenir. Sur le rapport entre propagation épidémique et dynamisme démographique, voir son article *Maladies émergentes et dynamique démographique*. *History and Philosophy of the Life Sciences* 1993;15:297-311.
13. MIRZA ABBAS-KHAN, op. cit. n. 1, pp. 36-37.
14. AUBERT-ROCHE L., *De la Peste ou Typhus d'Orient, documents et observations recueillis pendant les années 1834 et 1838, en Egypte, en Arabie, sur la mer rouge, en Abyssinie, à Smyrne et à Constantinople? Suivis d'un Essai sur le Haschisch et son emploi dans le traitement de la peste*. Paris, 1840, p. 276.
15. MIRZA ALI-KHAN, *Choléra en Perse...*, op. cit. n. 1, pp. 85-86
16. Cf. de PLANHOL X. *Choléra: I-In Persia*, p. 505.
17. LECA P.A., *Et le choléra s'abattit sur Paris*. Paris, Albin Michel, 1982, p.52.
18. MOREAU DE JONNES A., *Rapport au Conseil Supérieur de santé sur le choléra morbus pestilentiel*. Paris, 1831, p. 256.
19. LECA P.A., op. cit. n. 17, p. 52.
20. DE JONNES M., pp. 259-260.
21. *Ibid*, pp. 266 et 275.
22. *Ibid*, p. 261
23. SCOUTETTEN, op. cit. n. 5, p. 22.
24. DE JONNES M., p. 262.
25. FRASER, *Travels and Adventures...*, pp. 316-18.
26. DE JONNES M., p. 262.
27. *Ibid*, p. 264.
28. de PLANHOL X., op. cit. n. 16, p. 505.
29. BOURDELAIS P., RAULOT J.Y., *Une peur bleue: histoire du choléra en France (1832-1854)*. Paris, Payot, 1987, p. 20.
30. THOLOZAN D. *Considérations générales sur les points d'origine des grandes épidémies cholériques*. Extrait des comptes rendus à l'Accadémie des sciences, Paris, 1873. Cet-

- te thèse semble peu précise, mais elle relève de l'anti-contagionisme de Tholozan. Pour une critique de cette thèse voir: STANSKI G.P., *Un mot à propos de la discussion à l'Académie de médecine sur le choléra de 1873*. Paris, 1875.
31. PANZAC D., *La peste dans l'empire ottoman (1700-1850)*. Peeters, 1985, p. 414.
 32. MIRZA M.-T. Shirâzi, *vabâiyeh kabireh*, (Le Grand traité sur le choléra). Téhéran, Bibliothèque de l'Assemblée, 1835-36, fol. 192.
 33. THOLOZAN D., *Histoire de la peste*, op. cit. n. 1, p. 29
 34. MIRZA ABBAS KHAN ALAMOL-MOLK, op. cit. n. 1, p. 27.
 35. THOLOZAN D., *Histoire de la peste bubonique en Mésopotamie*, pp. 1-2; IDEM, *Histoire de la Peste bubonique en Perse*. (Mémoire lu à la Société Impériale de médecine de Constantinople dans la séance du 22 août) Gazette médicale de l'Orient 1874, 29.
 36. *Ibid*, p. 38.
 37. Archive of Public Record Office, Kew, (England), FO/ 248, vol. 68, 22 November 1832.
 38. L'expression persane est *bast neshastan*, (lit. asseoir en bast). Le *bast* (lit. arrêt) est un refuge dans un lieu de préférence saint qu'aucune autorité ne peut violer. Respecté en Iran jusqu'aux années 1920, ce coutume ne se pratique plus de nos jours. Le *bast* était le seul refuge pour les condamnés à mort ou pour ceux qui s'attendaient à la poursuite d'une autorité quelconque. Le *bast* était généralement choisi dans un lieu saint ou dans l'étable d'un personnage noble. Vers la fin du XIX^e siècle et le début du XX^e siècle, lorsque les mouvements socio-politiques se sont développés, on choisissait l'ambassade des pays étrangers, européens en particulier, pour *bast*.
 39. *Ibid*, 28th November 1832.
 40. FO/249, vol. 29, 30th March 1833, n° 48.
 41. FO, *ibid*, fol. 71
 42. Le vibron du choléra découvert par Koch a une mobilité remarquable à la température de 30°; cette mobilité est due aux cils vibratiles qu'il porte à l'une ou à deux extrémités. Les basses températures, (10° par exemple), n'ont aucune action sur la vitalité du vibron, mais au-delà de 50°, le micro-organisme est tué en l'espace de 10 mn. La température optimale pour le vibron est de 37°. Il peut néanmoins se développer entre +12° et +40°. (Voir Mirzâ Ali-Khan, op. cit., pp. 30-32.)
 43. Si le vibron cholérique a besoin d'air pour se conserver, le bacille pesteux est anaérobie et immobile. Il vit très longtemps à l'abri de la lumière et de la dessiccation. Il continue à vivre jusqu'à deux ans après avoir tué sa victime. La lumière et la température élevée ont des effets nocifs sur lui. La température optimale pour ce microbe est de +25° à +30°. Yersin l'a vu mourir au bout d'une heure à 58°. En revanche, il se montre assez résistant aux basses températures qui pourront descendre jusqu'à -33°. (voir: MIRZA ABBAS-KHAN, op. cit. n. 1, pp.52-82.)
 44. GREAVES R., *Iranian Relations with Great Britain and British India, 1798-1921*. Cambridge History of Iran, vol. VII, Cambridge University Press, p. 390.
 45. ELGOOD C., *A Medical History of Persia and the Eastern Caliphate from the earliest times until the year 1932*. Cambridge, Cambridge Univ. Press, p. 466.
 46. FO/249, vol. 29, n°104 of 1833, fols. 110-111.
 47. *Ibid*
 48. S.-M.-H. AGHILI, *Amrâz-e mofradah-ye gheyr-e mokhtasseh*, op. cit. n. 10, pp. 160, 191, 196.
 49. SHIRAZI, *Tâ'uniah*, (traité sur la peste). texte en arabe, lithographié, Téhéran, Bibliothèque de l'Assemblée, 1866, fol. 211.
 50. GRISOLLE A., *Traité élémentaire et pratique de pathologie interne*. Paris, 7e édition, tome I, Paris, 1857, p. 81.

51. Le terme est de Foucault.
52. FOUCAULT M., *Naissance de la clinique*. Paris, PUF, 4e édition, 1996, p. 154. L'emploi, par Grisolle, du terme *symptômes typhoïdes graves*, (qui signifierait obscurcissement de la conscience, délire, etc.) pour la peste n'est il pas une réminiscence de l'idée de chevauchement ou la transformation d'une maladie à une autre? voir: GRISOLLE A., op. cit. n. 50, p. 81.
53. PANZAC P., op. cit. n. 31, p. 288.
54. Ouvrage anonyme, copié au XVIII^e siècle, (WMS. Per. 329), London, Wellcome Institute, fol. 111.
55. Cf. MIRZA ABBAS-KHAN, *Tâ'oun (Peste)*..., op. cit. n. 1.
56. VIAL R., *La chronologie de l'histoire de la médecine*. Paris, éd. Jean-Paul Gisserot, 1995, p. 59.
57. EVANS R.J., *Death in Hamburg: Society and Politics in the Cholera Years 1830-1910*.
58. NAZAR-AGA A.K., *Contribution à l'étude des Conférences sanitaires internationales*. Paris, 1903, p. 43.
59. Sur l'histoire de l'Hôpital Broussais, cf. EBRAHIMNEJAD H., *Broussais, un siècle d'histoire*. Paris, l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, 1998.
60. On peut constater cette méthode nosographique chez les médecins néo-hippocratiques. En nosologie, Auber fixe l'importance non pas sur l'état de l'organe atteint, mais sur celle de l'agent morbifique. La prédisposition à une maladie est définie davantage en fonction de la nature de l'agent extérieur qu'à partir de la maladie développée dans l'organisme. Cf. AUBER T.E., *Coup d'oeil sur la Médecine envisagée sous le point de vue philosophique*. Paris, 1835, pp. 81-82.
61. 'ALAVI-KHAN H. (1669-1749), *Resâley-ye hommiyât*, (traité sur les fièvres). London, Wellcome Institute, fol. 2.
62. Papier égaré, Appendix, pp. 329-330.
63. Recueil manuscrit en langue persane qui englobe une pharmacopée et plusieurs traités sur la médecine en générale. Bibliothèque Nationale de Téhéran, département des manuscrits, Niyâvarân.
64. a) *Resâla-ye vabâ'iyeh kabira* (Traité majeur sur le choléra); b) *Resâla-ye vabâ'iyeh saghira* (Traité mineur sur le choléra). Téhéran, 1861-2.
65. (De la différence entre *heyzeh* et choléra). Le titre, est en arabe mais le texte est en persan; Bibliothèque de l'Assemblée, Téhéran, 1861, lithographié.
66. Pour une traduction annotée et la présentation de ce traité voir EBRAHIMNEJAD H., *Un traité d'épidémiologie de la médecine traditionnelle persane...* Studia Iranica 1998;27.
67. Mir Mohammad-Hosseyn-Khân-e 'AGHILI, *Amrâz-e mofradah -ye gheyr-e mokhtasseh*, op. cit. n. 48, p. 85.
68. JORJANI, *Zahkireh-ye Khârazmshâhi*, (Trésor de Khârazmshâh). Édition facsimilée d'un manuscrit, par S.SIRJANI dans la publication de Bonyâd-e farhang-e Iran, Téhéran 1975, Livre 6, p. 441.
69. Cf. Amir Jalâl od-Din-e GHAFARI, *Farhang-e Ghaffâri*. Dictionnaire persan-français, vol. 8, Téhéran, 1337/1958. Voir aussi SCHLIMMER J., op. cit. n. 1.
70. *Dasturool-atebbâ fi 'alâj-al vabâ* (Ordonnance des médecins pour la guérison du choléra), éd. lithographié, 1861-2, Téhéran, 26^e et 27^e folios. Sur d'autres aspects du travail de Sâveji cf. EBRAHIMNEJAD H., *La médecine d'observation en Iran du XIX^e siècle*. Op. cit., p. 52.
71. En Europe, la réhydratation systématique pour traiter le choléra n'entra dans les mœurs qu'à la fin du XIX^e siècle, bien qu'elle ait été proposé dès 1830 par Moreau de Jonnès. Elle supposait une technique de perfusion, compte tenu de l'impossibilité de faire boire le malade.

72. EBRAHIMNEJAD H., *Un traité d'épidémiologie...*, op. cit. n. 66, p. 98.
73. ULLMANN M., *La médecine islamique*. Traduit de l'anglais par F. Hareau. Paris, Puf, 1995, p. 104.
74. *Fakhrol-atebbâ Hâji Mirzâ Musâ SAVEJI, dasturool-atebbâ*, fol. 8.
75. EBRAHIMNEJAD H., *Un traité d'épidémiologie...*, op. cit. n. 1, p. 98.
76. SCHLIMMER J., op. cit. n. 1, p. 354.
77. *Lesân ol arab*, vol. I, p. 189, vol. 13, p. 267, Beyrouth, 1994.
78. *Mizâ ol-tebb* (balance de la médecine), copie non datée, (XVIIIe ou XIXe siècle), fol. 160, Wellcome Institute, (WMS.pers.160).
79. Cf. *Tâ'unieh* (De la peste), en arabe, op. cit. Pour plus de précision à ce sujet voir EBRAHIMNEJAD H., *La médecine d'observation en Iran du XIX^e siècle*. Op. cit., pp 51-52.
80. *Gazette Médicale d'Orient*, vol. X, op. cit., p. 88.
81. KUHN T., *The Structure of Scientific Revolutions*. Chicago-London, The University of Chicago Press, 1996, p. 122.
82. FOUCAULT M., op. cit. n. 52, p. 173.
83. Sur l'émigration des médecins persans en Inde à partir du XVI^e siècle, voir WASTI N., *Iranian Physicians in the Indian Sub-Continent. Studies in History of Medicine*, New Delhi, vol. II, n. 4, 1978, pp. 264-283; FORUHI A., *Pezeshkân-e gilâni-ye darbâr-e salâtin-e mogholoi-ye hendustân (Les médecins du Gilân au service des souverains moghols de l'Inde)*. Gilân-nâmeh, 1983;2:269-333. On trouve également d'informations intéressantes sur certains de ces médecins émigrants dans HADI N., *Dictionary of Indo-Persian Literature*. India, Indira Gandhi National Center for the Arts, 1995.
84. TAQI MIR, *Pezeshkân-e nâmi-ye Fârs*. Téhéran, 1982.
85. EOTEMAD OS-SALTANEH M.H.K., *ruznâmeh-ye khâterât*, p. 664
86. M.-Taqi SHIRAZI, *mofarraqol hayza v-al-vabia*, fols. 202.
87. *Ibid*, fols. 208-209.
88. SHIRAZI, *tâ'unia*, op. cit.
89. M.-Taqi SHIRAZI, *vabâiyeh -ye kabire*, op. cit., fol. 192.
90. Sheykh Ali b. Mohammad-e Shari'atmadâr-e ASTARABADI, *safineh-ye nuh*[lit. l'arche de Noé], en manuscrit, à la bibliothèque de Ayatollah Mar'ashi, Qom.
91. *Vaqâye'-e Ettefâqiyeh* (Journal des Evenements), 19 jamâd. II 1276/ 13 janvier 1860

Correspondence should be addressed to:
Hormoz Ebrahimnejad, 183, Euston Road, London NW1 2BE (U.K.).

Articoli/Articles

FROM MARINE HOSPITAL TO PUBLIC
HEALTH SERVICE

JOHN PARASCANDOLA
Public Health Service Historian
U.S. Department of Health and Human Services
National Library of Medicine
Bethesda, MD (USA)

SUMMARY

The United States Public Health Service traces its origin back to an act for the relief of sick and disabled seamen signed into law on July 16, 1798. This paper discusses the evolution of the system of marine hospitals set up under this law into a federal public health agency that was eventually named the Public Health Service in 1912.

In 1998 the United States Public Health Service celebrated its 200th anniversary. The Service traces its origins back to the passage of an act for the relief of sick and disabled seamen by the United States Congress in 1798. Over the course of the nineteenth century, the system of marine hospitals established to care for seamen under this legislation evolved into an agency concerned with broader problems of public health.

Hospitals for seamen

At the end of the eighteenth century, the leaders of the young American nation recognized that a healthy merchant marine was necessary to protect the economic prosperity and national defense of the country. Yet there was no mechanism for providing health care to sick American merchant seamen when their ships docked in American ports. The mariners typically had no friends or family in these ports, nor any relationship with a medical practitioner and issues arose as to who would care for them and, of course, who would pay for the care.

Key words: Public Health Service - Marine Hospitals